РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

РЭЙМОНД ДИДЖУЗЕППЕ
КРИСТИН ДОЙЛ
УИНДИ ДРАЙДЕН
УОТЕР БАКСК



Table of Contents

Предисловие к русскому изданию
Предисловие ко второму изданию
Предисловие
Об авторах
Часть 1 Введение в основы РЭПТ
Глава 1 Альберт Эллис и философия РЭПТ
Кто такой Альберт Эллис и что он сделал для психотерапии
Эллис: личность и теория
Рационально-эмотивно-поведенческая философия
Рациональность как философия жизни
Глава 2 Рационально-эмотивно-поведенческая теория
Семь принципов теории РЭПТ
Когнитивная и рационально-эмотивно-поведенческая теории
Теория РЭПТ о психопатологии
Увеличение и снижение количества Рациональных убеждений
Адаптивные (здоровые) и дезадаптивные (нездоровые) эмоции
Уровни когниций и нарушений
Когнитивные механизмы эмоционального нарушения
Определение иррациональных и рациональных убеждений
Виды иррациональных убеждений
Взаимосвязи иррациональных убеждений
Почему люди иррациональны
Отличительные особенности теории РЭПТ
Основное заблуждение
Глава 3 Иррациональные и рациональные убеждения
Требовательность
Катастрофизация
Непереносимость фрустрации
Глобальная оценка человеческой ценности
Часть 2 Общие стратегии терапии
Глава 4 Модель ABC и обучение клиентов соединению В и С
Модель ABC
Обучение клиентов тому, что события не вызывают нездоровые (дисфункциональные) эмоции
Обучение клиентов тому, что другие люди не вызывают наши нездоровые (дисфункциональные) эмоции
Обучение клиентов тому, что события прошлого не вызывают нездоровые (дисфункциональные) эмоции
Нарушение из-за нарушения
Расширение модели ABC
Глава 5 Хорошее начало терапии
Установление межличностного Взаимодействия

Установление взаимопонимания
Подготовка клиента к модели РЭПТ
Определение целей лечения
Согласование целей лечения
Проблемы в достижении Общих целей
Глава 6 Базовые навыки терапии
Качества хорошего РЭПТ-терапевта
Процессы изменения
Части сессии
План работы
Часть 3 АВС РЭПТ: оценка
Глава 7 Определение А
Расширенная модель АВС
Разъяснение А
С становится А
Глава 8 С – эмоциональные и поведенческие следствия
Нарушенные эмоции против ненарушенных эмоций
Обнаружение проблем с определением С
Смешанные функциональные и дисфункциональные эмоции
Чувство вины из-за С
Чувство стыда из-за С
Отсутствие или недостаток эмоций На сессии
Боязнь эмоций
Путаница с А, В и С
Путаница с А и С
Дефицит слов для описания эмоций
Дихотомическое мышление
Неправильное называние эмоций
Нечеткое называние эмоций
Отсутствие явного дистресса
Эмоции во время сессии
Согласование изменения С
Поведенческие аспекты С
Учебная стенограмма
Выдержка из стенограммы
Глава 9 Оценка В
Обнаружение иррациональных убеждений
Несколько иррациональных Убеждений
Оценка иррациональных убеждений, Связанных с дилеммами
Рекомендации по обнаружению Иррациональных убеждений для конкретных эмоций
Прочие рекомендации
Если все остальное не помогло
Учебная стенограмма

Часть 4 Терапия: приступаем к D – диспутированию и E – новой эффективной реакции
Глава 10 Стратегии когнитивных изменений
Что именно диспутировать
Когнитивное диспутирование
Стили когнитивного диспутирования
Построение альтернативных рациональных убеждений
Уровни абстракции
Диспутирование. Пример из практики
Глава 11 Постановка под вопрос конкретных иррациональных убеждений
Диспутирование основных элементов иррациональных убеждений
Катастрофизация
Оценка человеческой ценности
Непереносимость фрустрации
Глава 12 Эффективное новое убеждение (ЭУ)
Укрепление убежденности в новом Рациональном убеждении
Отличие рациональных убеждений (РУ) от эффективных Новых убеждений (ЭУ)
Чего мы хотим достичь с помощью эффективных новых убеждений
Условия формирования эффективных Новых убеждений
Замена иррациональных убеждений эффективными новыми убеждениями
Чем заменить иррациональное Убеждение
Замена императивного Иррационального убеждения эффективным новым убеждением
Замена производного Иррационального убеждения на эффективное новое убеждение
Создание эффективного Нового убеждения из оцененного на основе выбора иррационального Убеждения
Как вспомнить сложное предложение
Проверка нового убеждения
Почему клиенты используют иррациональные убеждения
Помощь клиентам в использовании эффективного нового убеждения
Проблема выбора
Возможно, придется повторить все этапы (A, B, C и D)
Глава 13 Эвокативные, образные и поведенческие стратегии изменения
Эвокативные, эмотивные техники
Стратегии изменения с помощью воображения
Стратегии изменения поведения
Глава 14 Проблемы и решения при постановке под сомнение иррациональных убеждений
Выявление и устранение проблем диспутирования
Блокирующее изменение в поведении клиента
Предостережения
Заключение

Глава 15 Терапевтические стили: «как» не есть «что» в оспаривании убеждений.
Использование активно-директивного стиля
Дидактическая лекция против Сократовского диалога
Сосредоточение внимания На проблеме
Повторение
Языковой стиль
Интонация
Молчание
Гибкость
Планирование
Ригидность в поведении терапевта
Проблемы переноса и контрпереноса
Завершение сессии
Заключение: десять типичных Ошибок, которых не следует Допускать
Часть 5 Терапевтическое целое
Глава 16 Домашние задания
Примеры когнитивных домашних Заданий
Примеры поведенческих домашних заданий
Примеры эмотивных домашних заданий
Домашние задания на получение счастья
Выявление и устранение проблем при выполнении домашних заданий
Постепенное прекращение терапевтом разработки домашних Заданий
Глава 17 Комплексная рационально-эмотивно-поведенческая терапия
Непосредственное изменение поведенческого С
Разработка новой когнитивной реакции на А
Проверка точности А (вывода)
Объяснение А (подтверждаемого)
Изменение А
Принятие мыслей об А (выводе), иррациональные убеждения и нездоровое С
Глава 18 Курс терапии и жизнь после него
Пример плана лечения
Расширение фокуса терапии
Продолжение терапии
Прекращение терапии
Повышение эффективности лечения После прекращения терапии
Супервизия
Приложения
Приложение 1 Анализ ABCDE
Приложение 2 Анализ ABCDE. Примечания к сессии
Приложение 3 Биографический опросник
Приложение 4 Обучение РЭПТ: стратегии диспутирования
Приложение 5 Бланк самопомощи РЭПТ
Приложение 6 Политика в отношении домашних заданий
Приложение 7 Форма записи сессии для комплексной РЭПТ

Список литературы

РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

РЭЙМОНД ДИДЖУЗЕППЕ
КРИСТИН ДОЙЛ
УИНДИ ДРАЙДЕН
УОТЕР БАКСК



Рэймонд Диджузеппе, Кристин Дойл, Уинди Драйден, Уотер Бакс

Рационально-эмотивно-поведенческая терапия

Предисловие к русскому изданию

Данная книга – одна из базовых для обучения когнитивно-поведенческого терапевта и тем более специалиста в рационально-эмотивноповеденческой терапии (РЭПТ). В ней скрупулезно собраны и наглядно представлены ключевые теоретические концепты и детально описаны практические инструменты РЭПТ, разработанные Альбертом Эллисом и его учениками, к числу которых относятся и авторы данной книги.

Мне очень повезло иметь возможность переписываться с Альбертом Эллисом в конце 1990-х во время написания моей диссертации, посвященной когнитивно-поведенческому направлению психотерапии тревожных расстройств. Один из учеников Эллиса, профессор Говард Кассинов, у которого я проходил обучение в 1998 году, рекомендовал ряд тестов для моей научной работы, и я решил уточнить у самого Альберта Эллиса некоторые нюансы. Конечно, это был хороший повод и отличная возможность взаимодействия с этим известнейшим специалистом и сооснователем одного из ведущих направлений современной психотерапии. Это было незабываемое общение, и не только по тестам и материалам по тревожным расстройствам, но и по широкому кругу вопросов, ответами на которые так щедро и бескорыстно делился Эллис. Могу сказать, что это был очень отзывчивый и проницательный человек, с богатым опытом и глубоким знанием психики и ее механизмов, психологии и философии. Он помогал понять очень многие вещи буквально несколькими строчками своих ответов. Мне также посчастливилось непосредственно учиться у авторов этой книги, как в Институте Эллиса в Нью-Йорке, так и на различных конгрессах и конференциях. Это не просто одни из самых талантливых и выдающихся учеников и последователей Эллиса, но и наиболее активные продолжатели его дела – люди, на протяжении всей своей жизни активно развивающие тактику и стратегию, техники, технологию и саму философию РЭПТ. Они бережно сохраняют традиции Института Эллиса и его наработки, а также вносят свежее дыхание в РЭПТ за счет современного понимания развития психотерапии в целом и когнитивно-поведенческого направления в частности. Но самое важное, на мой взгляд, это тот юмор и легкость бытия, которые вы сможете почувствовать даже через текст этой книги и в полной мере ощутить, поучаствовав в их семинарах или личном общении. Их высочайший профессионализм создает удивительно располагающую и доброжелательную атмосферу как на учебных мероприятиях, так и в терапии. Они переняли от Эллиса его потрясающие способности элегантно воплощать направляемое открытие, помогать клиенту увидеть суть вещей, своих ошибок, предубеждений и умело конфронтировать с его иррациональными убеждениями.

Это наиболее полное руководство для понимания современной РЭПТ, написанное высокопрофессиональным, но в то же время легким языком, наглядно и одновременно глубоко раскрывающим суть и философию этой наиболее опытной и старейшей школы когнитивно-поведенческого направления терапии. Эта книга была популярна у отечественных специалистов с первых дней ее появления на английском языке. В издании, переведенном на русский язык, которое мне

посчастливилось редактировать, посвятив шлифовке каждого предложения, термина и понятия немало времени, найдут для себя много ценной и полезной информации не только начинающие специалисты, но и опытные коллеги, и не только когнитивно-поведенческие терапевты, но и профессионалы любого направления психотерапии и психологического консультирования. Важные аспекты теории поданы емко и с точным разъяснением для использования в практике. Практические аспекты введения в терапию, формирования рабочего альянса и выстраивания терапевтических отношений представлены как четкий алгоритм действий. Разъяснение каждого аспекта диагностической формулы ABC и ее терапевтического продолжения DEF раскрыты уникально глубоко и компетентно для наиболее полного их понимания и качественного использования в работе с клиентами и пациентами с самым широким спектром проблем. Все аспекты, которые могут пригодиться психотерапевту в его работе, структура сессии и курса терапии в целом, его ведение и завершение раскрыты наиболее полно, доступно и качественно. Ведение диспутов и их стили представлены в этом издании с виртуозным мастерством и искрометным юмором. Это именно тот случай, когда психотерапию по праву сравнивают с искусством благодаря неисчерпаемому креативу ее опытных мастеров.

Уверен, что для многих эта книга станет настольной, раскроет немало секретов психотерапии, подарит ценные алгоритмы мастерства и позволит стать профессионалом своего дела, квалифицированно и качественно помогающего людям решать свои проблемы и достигать баланса в жизни. Приятного погружения в чтение и удовольствия от классического когнитивно-поведенческого психотерапевтического руководства-шедевра.

Дмитрий Викторович Ковпак,

врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, председатель Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации, член исполнительного совета Международной ассоциации когнитивной психотерапии (IACP board member), член Международного консультативного комитета Института Бека (Member of the Beck Institute International Advisory Committee)

Нашему учителю и наставнику Альберту Эллису посвящается

Предисловие ко второму изданию

После выхода в свет в 1980 году первого издания «Практического руководства по рационально-эмотивной терапии» оно стало новаторским учебным пособием для практиков РЭТ, особенно начинающих. С тех пор руководство являлось прекрасной возможностью познакомить тысячи слушателей с РЭТ и основным документом программы на получение сертификата, а также более продвинутых учебных программ Института рационально-эмотивной терапии в Соединенных Штатах, Канаде, Мексике, Австралии и ряде стран Европы, Ближнего Востока, Азии. Будучи лектором и наставником большинства из них, я неоднократно поражался тому, что некоторые участники с самого начала проводят удивительно хорошие психотерапевтические сессии – благодаря усердному изучению и четкому следованию формулировкам этой превосходной книги.

Второе издание сохранило все достоинства своего предшественника 1980 года и, кроме того, достаточно серьезно актуализирует теорию и практику РЭТ. Создавая данную форму терапии в 1955 году, я уделял большое внимание ее когнитивной и философской составляющей, так как методы лечения в то время, особенно психоанализ и личностно-ориентированная терапия, к сожалению, пренебрегали аспектами, помогающими клиентам стать более эмоционально устойчивыми. Но даже в самом начале рационально-эмотивная терапия была высокоэмоциональной и поведенческой: за много лет до обучения на клинического психолога, в 1942 году, я использовал десенсибилизацию in vivo[1](заимствованную у Джона Б. Уотсона) и упражнения на избавление от чувства стыда (в основном созданные мною) для преодоления собственной социальной робости и огромного страха перед публичными выступлениями. С 1943 по 1947 год я также занимался активно-директивной сексуальной терапией, пока, к моему сожалению, не отвлекся (до 1953 года) на обучение и занятия психоанализом. После разочарования в психоанализе и создания РЭТ, в 1955 году, я вернулся к методам активно-директивной психотерапии, включив ряд эмоциональных и поведенческих техник в мою первую методику РЭТ. Почему? Дело в том, что, как скоро выяснилось, сочетание рационально-эмоциональных и поведенческих методов работает лучше, чем использование акцента исключительно на когнитивную реструктуризацию.

Теория обычно ведет к практике, но порой происходит и обратное. Чем больше я практиковал РЭТ в 1950-х годах способом, который Арнольд Лазарус впоследствии назвал *мультимодальной терапией*, тем сильнее развивал эмоционально-экспрессивную теорию. Я увидел в своих клиентах *иррациональные убеждения* (Ellis, 1958, 1962) и тем самым вывел себя из состояния душевного равновесия как в эмоциональном, так и в поведенческом плане. Кроме того, я обнаружил, что их главными схемами или принципами были иеговистские, абсолютистские долженствования и команды, а также что они зачастую *неукоснительно* и *строго* их придерживались, безусловно *ощущали* и включали в свои психосоматические реакции, явно привыкли *поступать* согласно своим дисфункциональным убеждениям и что они комплексно *интегрировали* собственные сознательные и

бессознательные требования, команды, императивы и настояния почти во все мысли, чувства и поступки.

К началу 1960-х годов я осознал, что дети, подростки и взрослые узнают многие свои (будущие) цели, желания и ценности от родителей и благодаря культуре, потому что рождаются доверчивыми, обучаемыми и восприимчивыми. Следовательно, их *«нормальная» личность*, как отмечали Сэмпсон (Sampson, 1989) и другие социальные психологи, неразрывно связана с социальностью. Соответственно они являются уникальными личностями *и* весьма социальными существами. Однако, как заметил полвека назад Келли[2] и как недавно отмечали вновь многие социальные мыслители (Mahoney, 1991), люди активно *конструируют* и *реконструируют* свои идеи и поведение, а не просто слепо перенимают их из семей и общества.

Хотя Гуидано (Guidano, 1988), Махони (1991) и другие ошибочно обвиняли РЭТ в приверженности сенсуализму и рационализму, на самом деле она более конструктивистская, чем большинство прочих когнитивных и некогнитивных терапий. Позвольте мне вкратце перечислить некоторые, пусть не все, конструктивистские теории и практики.

1. РЭТ считает, что почти все люди имеют стойкую, в значительной степени врожденную предрасположенность к научению или принятию семейных и культурных стандартов и предпочтений, а затем – к *созданию* и *конструированию* жестких долженствований и требований *относительно* них. Таким образом, люди зачастую догматично убеждают себя: «Поскольку мне очень *нравятся* успех и одобрение, я *обязательно должен* иметь их практически всегда, почти при любых условиях» (Ellis, Harper, 1975).

2. Основные, вызывающие нарушения «я» долженствования и требования не только поверхностны или сознательны, но и зачастую скрыты, имплицитны, бессознательны и сильно привязаны к «глубинным» структурам разума и тела.

3. Как показал Боулби,[3] дети обычно рождаются чрезвычайно привязанными к родителям и другим значимым для них людям, но они также часто *создают* тяжелую «необходимость» быть любимыми и сами (а не *опосредованно*) приводят себя к серьезным нарушениям, если эмоциональные предпочтения удовлетворяются не полностью.

4. РЭТ считает, что детей (и взрослых) преимущественно *учат* оценивать свое поведение как «хорошее» и «плохое», но они в основном конструируют (вместо того, чтобы просто научиться учитывать) свое *«я», личность или существо*. Поступая «хорошо», они естественным образом склонны «идеализировать», а поступая «плохо», легко «демонизируют» или проклинают не только свое *поведение*, но и свое *«я»* целиком.

5. РЭТ теоретически предполагает, что почти все люди, как бы они ни были воспитаны, имеют две противоположные креативные тенденции: а) проклинать и идеализировать себя и других (как отмечалось выше), *загоняя себя* в эмоциональное нарушение; б) изменять и реализовывать себя, *делаясь* здоровыми и менее тревожными. РЭТ пытается научить людей использовать способность к самореализации для снижения беспокоящих тенденций и *конструирования* и, таким образом, более приятной жизни.

6. РЭТ противостоит ригидности, «должнонанизму», односторонности, статичности и решительно поддерживает открытость, поиск альтернатив, отсутствие догматизма и гибкость. Она поддерживает научное, недогматическое мировоззрение и теоретически предполагает, что при достаточно последовательном принятии философии подобного рода люди имеют нарушения гораздо реже, чем в случае искренней антинаучности.

7. РЭТ пытается помочь людям достичь того, что называется «глубоким философским изменением» или «изменением установок», а не просто изменить нереалистичные атрибуции и выводы, к чему склонны некоторые другие виды когнитивно-поведенческой терапии.

8. Махони (1991) утверждает, что, по мнению когнитивных конструктивистов, поступки, чувства и знания являются неотъемлемой частью адаптации и развития. РЭТ соглашается с данным утверждением. Однако, как я отмечал в моей первой статье о РЭТ, представленной на съезде Американской психологической ассоциации в Чикаго в 1956 году, и повторно заявлял в статье «Разум и эмоции в психотерапии» (Ellis, 1962), «теоретические основы РЭТ базируются на допущении, что человеческое мышление и эмоция – *не* два разрозненных, а два существенно перекрывающих друг друга процесса, которые в некоторых отношениях для всех практических целей являются по сути одним и тем же. Как и два других главных жизненных процесса – ощущения и движения, – они неразрывно связаны и не могут рассматриваться полностью изолированно».

9. Гуидано и Махони вместе с Фрейдом (1965) и Роджерсом (Rogers, 1951) подчеркивают важность психотерапевтических отношений для изменения личности. Но, как ясно указывает недавно вышедшая книга Уэйлена, Диджузеппе и Драйдена, РЭТ подчеркивает важность сотрудничества психотерапевта и клиента и, в частности, то, что терапевтам всегда лучше безусловно принимать клиентов и не просто *говорить* им о своем приятии, а *показывать* его независимо от того, *насколько* адекватно они поступают, являются милыми и вызывающими симпатию или нет. В дополнение к *показу* и *моделированию* безусловного принятия практики РЭТ *учат* клиентов философскому принятию себя не вследствие, а независимо от их принятия психотерапевтом (Эллис,[4] 1977a, 1988; Ellis and Harper, 1975). Такой двоякий подход подчеркивает способность людей *выбирать* и *конструировать* собственное принятие себя, поэтому он более конструктивистский, чем большинство других когнитивно-поведенческих и некогнитивных подходов. По этой причине РЭТ необычайно конструктивистская и интегративная (Ellis, 1987c).

В данной редакции «Практического руководства по рационально-эмотивной терапии» мне нравится то, что оно выходит за рамки первого издания и подчеркивает интегративные, конструктивистские, эмоциональные и поведенческие аспекты РЭТ. Обсуждение когнитивного диспутирования иррациональных убеждений в РЭТ настолько хорошо, что его легко назвать превосходным. Но оно также показывает, что «готовый» практик РЭТ активно *и* совместно, точно *и* эмоционально, с интеллектуальной *и* поведенческой точки зрения оспаривает дисфункциональные выводы, атрибуции и основную философию клиентов. Как показывает данная книга, специфичная (избирательная) РЭТ имеет свою неповторимую «изюминку» и отличается от терапии Бека (Beck, 1976),

Молтсби (Maultsby, 1975), Мейхенбаума (Meichenbaum, 1985) и других когнитивных бихевиористов. Однако в целом РЭТ, бесспорно, пересекается с прочими основными когнитивными терапиями, адаптирует и использует многие из их методов.

РЭТ также имеет сильную гуманистическую и экзистенциальную составляющую (Ellis, 1990b, 1991c), и, вероятно, она эмоциональнее любой из популярных когнитивно-поведенческих терапий. В данной книге четко представлены ее целостные, интегративные и эмоциональные аспекты. Тот, кто поставит перед собой цель понять неповторимость и контекст рационально-эмотивной терапии 1990-х годов, найдет их здесь в полном объеме.

Альберт Эллис, доктор философии, президент Института рационально-эмотивной психотерапии в Нью-Йорке

Предисловие

Прошло тридцать два года с момента выхода первого издания «Практического руководства по РЭТ» и двадцать лет с момента публикации второго. По прошествии этого времени цель данной книги остается прежней – предоставить текст, который научит впервые знакомящихся с моделью РЭПТ психотерапевтов применять на практике элегантную теорию, предложенную Альбертом Эллисом. Книга предназначена для плохо знакомых с РЭПТ специалистов. Однако, поскольку она представляет собой обширную когнитивно-научающую терапию, мы предполагаем, что читатель владеет некоторыми знаниями о базовых психологических принципах, психопатологии, модификации поведения и поведенческой терапии, а также главными навыками и умениями для проведения интервью и формирования терапевтического альянса. Не имея такой основы, новоиспеченный РЭПТ-терапевт рискует проводить терапию механистически. Мы также ожидаем, что наши читатели прочли другие основные книги по теории РЭПТ: «Разум и эмоции в психотерапии» (Ellis, 1994), «Преодоление сопротивления» (Ellis, 2002), «Рационально-эмотивно-поведенческая терапия с трудными клиентами» (Ellis, 2002), «Практика рационально-эмотивно-поведенческой терапии»[5] или «Рационально-эмотивно-поведенческая терапия: руководство для терапевта».[6]

Понять основные принципы РЭПТ не составляет особого труда. Формат прост, а формулировки, как объяснял доктор Эллис, привлекают внимание (например, «*должно*нанизм ведет к самоизнасилованию»). Изучив «Новое руководство по рациональному образу жизни» (Ellis and Harper, 1975), легко прочитать занятную лекцию на эту тему. В действительности многие клиенты способны читать лекции, хотя могут оказаться не в состоянии последовательно применять данные принципы к решению своих проблем. Эффективно руководить клиентом, поставив себе цель принять такие решения с применением РЭПТ, гораздо труднее. За годы подготовки терапевтов мы обнаружили, что многие практики заявляют о владении РЭПТ, однако прослушивание записей сессий показало: зная теорию, они не могли реализовать ее на практике.

При подготовке первого издания книги мы записывали образцовые сессии в Институте Альберта Эллиса, вычленяли представленные рекомендации и разбивали их на категории, впоследствии ставшие структурой книги. В новой редакции эта структура сохранена и добавлены рекомендации, которые мы давали слушателям на протяжении многих лет, поскольку теория расширялась, а знания (мы надеемся) увеличивались.

После выхода второго издания Альберт Эллис скончался, в мире больше нет энергичного, преданного и неутомимого защитника рационального мышления, который мог противостоять тенденции человечества к эмоциональным нарушениям. Он был замечательно одаренным теоретиком, терапевтом и учителем. Мы чувствуем себя обязанными внести свой вклад в представление и расширение его трудов, обучая терапевтов во всем мире реализовывать на практике теоретические идеи и клиническую мудрость Эллиса. Надеемся, что это издание

достигнет поставленных целей и станет частью наследия великого мыслителя и целителя.

С момента выхода второго издания также произошел ряд изменений в РЭПТ, мы постарались отразить их в данной книге. Во-первых, Эллис изменил название терапии с рационально-эмотивной на рационально-эмотивно-поведенческую – чтобы отразить использование поведенческих вмешательств и домашних заданий, всегда являвшихся частью данной психотерапии. Мы подчеркиваем, что когнитивное и философское изменение является средством, с помощью которого РЭПТ пытается помочь клиентам, но отработка новых идей и практическая реализация изменений поведения являются наиболее важными аспектами РЭПТ, как любой терапии.

Кроме того, к моменту выхода первого издания книги теория рассматривала тринадцать иррациональных убеждений, каждое из которых считалось независимо влияющим на эмоциональное нарушение. Некоторые иррациональные убеждения рассматривались как оценочные. Искажения реальности не относились к иррациональным убеждениям и являлись менее важными для изменения, чем оценочные иррациональные убеждения. Граница между когнитивными искажениями реальности и иррациональными убеждениями была не столь четкой. Второе издание книги продолжило рассмотрение большинства иррациональных убеждений в качестве оценочных.

Эллис изменил свою теорию в «Разуме и эмоциях в психотерапии» (Ellis, 1994). Он поместил требовательность (то, что «следует» делать, «должен» и «обязан» делать человек) в центр эмоционального нарушения и постулировал, что прочие иррациональные убеждения и когнитивные искажения порождены требованиями к реальности. С этого момента читателей второго издания могло запутать несоответствие между тем, как рассматривались иррациональные убеждения во втором издании, и тем, что писал Эллис в более поздних работах. В этом издании представлена более современная версия теории Эллиса. Хотя исследования отстают от теории, мы поощряем терапевтов судить и вмешиваться на уровне требований, оценивать влияние других иррациональных убеждений и воздействовать на них при необходимости.

За эти годы многие терапевты прошли обучение РЭПТ. Даже во время краткого, но интенсивного базового практикума, предлагаемого Институтом Альберта Эллиса и его учебными центрами, значительный прогресс в поведении терапевта происходит, когда во время практической терапии участники делают записи и разбирают их с наставником. Благодаря такому наставничеству каждый слушатель ощущает мощную устную традицию РЭПТ. Наставники дают студентам (которые, в свою очередь, могут стать наставниками) множество полезных подсказок по использованию РЭПТ. Как происходит в устной традиции, первоначальный источник подсказки может быть забыт, но полезная информация продолжает распространяться.

Большая часть клинической мудрости и рекомендаций настоящего издания – наследие выдающихся терапевтов, работавших в Институте Альберта Эллиса или бывших частью сообщества РЭПТ. Мы хотим выразить глубокую признательность тем, кто его создавал. Это бывшие директора и члены совета Института, например

Билл Кнаус, Эд Гарсия, Джон Гайс, Джанет Вулф, Ричард Уэсслер, Дом Диматтиа, Майкл Броудер, Катарина Макларен, Энн Вернон и Джим Макмахон. Список включает многих прекрасных ученых, продвинувших наши познания в РЭПТ: Эммет Велтен (покойный), Майкл Бернард, Дэниел Дэвид, Аврора Сентаготаи, Говард Кассинов, Майкл Нинан, Мишлер Бишоп, Дон Бил, Лен Рорер (покойный) и Марк Терьесен. Также есть немало выдающихся наставников в Нью-Йорке и наших зарубежных филиалах: Пол Хок, Роберт Мур, Вирджиния Уотерс, Роуз Оливер (покойная), Джон Витерито, Моника О'Келли, Рут Малкинсон, Хулио Обст Камерини, Тео Ийзерманс (покойный), Дидье Плё, Чезаре Де Сильвестри (покойный), Стивен Палмер, Хрисула Костоджаннис, Стив Нильсон, Хэнк Робб, Майк Абрамс, А. Г. Ахмед и множество других.

С момента выхода первого издания когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) превратилась из убежища небольшой группы изгоев в основное теоретическое направление данной области. Ее успех стал благословением и проклятием. Многие психотерапевты говорят, что практикуют КПТ, но не могут сказать, какие мысли они выбирают в качестве мишеней в своем лечении. Кроме того, некоторые терапевты путают негативные искаженные мысли, атрибуции, иррациональные производные, требовательные иррациональные убеждения и не в состоянии дифференцировать понятия. Мысли о существовании негативных жизненных событий – это лишь мысли. Однако в модели ABC Эллиса они входили в часть A, а не в часть B (иррациональные убеждения). Для решения данной проблемы мы создали расширенную модель ABC, чтобы разделить считающиеся частью A в РЭПТ мысли и иррациональные убеждения. Мы также рассмотрели характерные особенности РЭПТ, ее отличия от типичной КПТ и случаи, когда терапевты могут объединить прочие вмешательства КПТ с уникальными особенностями РЭПТ.

За последнее десятилетие проведено значительное количество исследований общих (неспецифических) особенностей РЭПТ. Теперь мы знаем гораздо больше о роли терапевтического альянса и о том, как отношения между клиентом и терапевтом влияют на результаты психотерапии. Мы расширили охват этих областей и объяснили, как РЭПТ-терапевты могут общаться в активно-директивном стиле, при этом сохраняя хороший альянс и демонстрируя безусловное принятие своих клиентов.

За два последних десятилетия РЭПТ сильно расширилась. В настоящее время программы по ее обучению существуют на всех континентах и во многих странах. Четверка авторов вела обучающие тренинги РЭПТ в разных государствах, и каждый год половина участников программ профессионального обучения в Институте Альберта Эллиса в Нью-Йорке приезжает из-за рубежа. РЭПТ стала более глобальной. Мы многому научились, применяя РЭПТ к разным культурам, и понимаем, что люди будут использовать данную книгу в качестве руководства для проведения терапии у себя дома. Мир превратился в большую деревню, поэтому мы дополнили эту работу мультикультурной составляющей. И умышленно использовали примеры, собранные нами во время наставничества терапевтов с разных концов света. Надеемся, что поставленная цель достигнута.

Второе издание включало главы о прохождении обучения и рекомендуемый список книг по самопомощи. Однако рост Интернета и расширение РЭПТ снизили

актуальность этих глав. Для получения самой свежей информации на данную тему читатель может зайти на веб-страницу Института Альберта Эллиса (www.albertellis.org).

Нью-Йорк (США) – *Рэймонд Диджузеппе*

Нью-Йорк (США) – *Кристин Дойл*

Лондон (Великобритания) – *Уинди Драйден*

Гарлем (Нидерланды) – *Уотер Баккс*

Об авторах

Рэймонд А. Диджузеппе родился в Филадельфии (штат Пенсильвания), в 1971 году получил степень бакалавра психологии в Университете Вилланова, а в 1975 году – степень доктора наук в Университете Хофстра. Затем был постдокторантом Альберта Эллиса в Институте Альберта Эллиса, где остался преподавать на факультете профессиональной подготовки. Опубликовал более ста двадцати статей и шесть книг. Диджузеппе изучал гнев как клиническую проблему и способствовал признанию гнева формой психопатологии, разработал диагностические стандарты для выявления нарушений управления гневом. Он опубликовал два психологических опросника для оценки дисфункционального гнева – шкалу уровня гнева для взрослых и шкалу регуляции и выраженности гнева для детей и подростков, а также статьи о разработке теории, практики и поддержки эмпирических исследований в области рационально-эмотивно-поведенческой терапии и когнитивно-поведенческой терапии, их применении в отношении детей, подростков и семей. Был заинтересован в развитии терапевтического альянса в детской и подростковой психотерапии. Рэймонд Диджузеппе – профессор и заведующий кафедрой психологии Университета Святого Иоанна в Нью-Йорке. В 2006–2007 годах был президентом Ассоциации когнитивной и поведенческой терапии, а в настоящее время – избранный президент отделения психотерапии Американской психологической ассоциации.

Кристин А. Дойл – директор Института Альберта Эллиса. Уроженка Нью-Йорка, получила степень бакалавра психологии в Университете Макгилла в 1994 году и степень доктора наук в Университете Хофстра в 1999 году. За четырнадцать лет работы в Институте Альберта Эллиса занимала разные руководящие должности, в том числе заместителя исполнительного директора, координатора по обучению и развитию, а также директора отдела по делам детства и семьи. Она также является дипломантом в области рационально-эмотивной и когнитивноповеденческой терапии (РЭиКПТ) и входит в состав соответствующего совета. В дополнение к обучению и наставничеству постдокторантов и терапевтов Института Альберта Эллиса Кристин провела множество семинаров и профессиональных тренингов по всему миру. Она обучала РЭиКПТ специалистов в области психического здоровья в Аргентине, Канаде, Китае, Дании, Доминиканской Республике, Греции, Гондурасе, Нидерландах, Мексике, Турции, Панаме, Парагвае, Перу, России, Южной Африке и на всей территории Соединенных Штатов. Ее клинические и исследовательские интересы включают расстройства пищевого поведения и управление весом, лечение детей и подростков с помощью РЭиКПТ, когнитивно-поведенческий терапевтический процесс, его результаты и распространение. Кристин является адъюнкт-профессором психологии Университета Святого Иоанна, где преподает групповую психотерапию и курирует находящихся на клинической практике студентов. Работала координатором по вопросам членства в Ассоциации когнитивной и поведенческой терапии. Также она является сторонним

экзаменатором на получение степени магистра рационально-эмотивно-поведенческой терапии в Голдсмитском колледже Лондонского университета.

Уинди Драйден – профессор психотерапевтических наук Голдсмитского колледжа Лондонского университета, член Британского психологического общества и Британской ассоциации консультирования и психотерапии. Автор и (или) редактор более 195 книг, включая второе издание «Психологического консультирования в двух словах» (Sage, 2011) и «Рационально-эмотивно-поведенческую терапию: отличительные особенности» (Routledge, 2009). Кроме того, он – редактор двадцати книжных серий в сфере психологического консультирования и психотерапии, в том числе серий «Отличительные особенности КПТ» (Routledge) и «Психологическое консультирование в двух словах» (Sage). Его основные интересы лежат в области рационально-эмотивно-поведенческой терапии и когнитивно-поведенческой терапии, исследований на стыке консультирования и коучинга, плюрализма консультирования и психотерапии, а также написания небольших и доступных книг по самопомощи для широкой аудитории.

Уотер Бакс родился в 1947 году, изучал клиническую и теоретическую психологию в Лейденском университете в Нидерландах. Работая в Институте Альберта Эллиса в Нью-Йорке, специализировался на РЭПТ, стал постдокторантом и сертифицированным наставником Института. Он также является членом редакционной коллегии «Журнала по рационально-эмотивной и когнитивно-поведенческой терапии». Вернувшись домой в Нидерланды, Уотер Бакс основал Институт РЭПТ в Гарлеме – учебный центр и филиал Института Альберта Эллиса. Возглавляет обе эти организации, активно занимается терапией и обучением. Преподает РЭПТ начинающим психологам в голландском институте и других дочерних учебных центрах во многих странах. Обучение семейных врачей использованию РЭПТ при консультировании пациентов – его страсть. За свою карьеру Уотер Бакс внес много новых теоретических и практических идей в совокупность знаний о РЭПТ. Данная книга использует и объясняет инструменты Бакса для понимания клиентами и практиками некоторых феноменов РЭПТ.

Часть 1
Введение в основы РЭПТ

Глава 1

Альберт Эллис и философия РЭПТ

Кто такой Альберт Эллис и что он сделал для психотерапии

Альберт Эллис был харизматичным клиницистом и настоящим жителем Нью-Йорка. Он десятилетиями жил на верхнем этаже здания из красновато-коричневого песчаника в нью-йоркском районе Верхний Ист-Сайд, прямо над своим институтом, обучавшим сотни психотерапевтов и лечившим десятки тысяч клиентов. Эллис опубликовал множество книг и статей о психотерапевтах, в свое время являлся одним из самых известных и узнаваемых психологов мира. Он был прямолинеен, дерзок и склонен говорить вещи, шокировавшие благовоспитанное и несколько старомодное сообщество психотерапевтов 1950-х годов. Инсайты Эллиса появились благодаря его интересу к философии и клинической практике, он неутомимо нарушал ортодоксальность своей эпохи. Никогда слепо не делавший то, что говорили другие, он бунтовал против низких темпов терапии и начал действовать в новых направлениях, поскольку это помогало клиентам. Эллис ратовал за исследования, но не занимался ими и не работал в университете, вместо этого сосредоточился на клинической работе, преподавании и написании книг. Он автор многих теоретических работ, клинических материалов и книг по самопомощи. Выбор Эллиса имел негативные последствия для его подхода, названного им рационально-эмотивно-поведенческой терапией (РЭПТ), поскольку человечество вступило в эру научно обоснованной клинической практики, опирающейся на рандомизированные контролируемые исследования (РКИ). Однако РЭПТ Эллиса стала одной из наиболее широко применяемых терапий второй половины XX – начала XXI века.

Альберт Эллис считается дедушкой когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) благодаря созданной им РЭПТ – вероятно, первой формальной системы этого жанра (Hollon and DiGiuseppe, 2010). Он сыграл настолько важную роль в трансформации психотерапии, что КПТ представляет собой главную парадигму в изменении поведения. По результатам опроса, проведенного в 1982 году американскими и канадскими психологами, Эллис стал вторым по влиятельности психотерапевтом в истории (первое место занял Карл Роджерс, третье – Зигмунд Фрейд; Смит, 1982). Кроме того, в том же году анализ выпускаемых в США психологических журналов показал, что Эллис – второй наиболее цитируемый автор после Роджерса. И совсем недавно в опросе более двух с половиной тысяч психотерапевтов (Cook, Biyanova, and Coyne, 2009) он занял шестое место среди самых влиятельных психотерапевтов. Психотерапевты оценили КПТ как наиболее популярное теоретическое

направление. Карл Роджерс остался самым влиятельным психотерапевтом, Аарон Бек занял второе место. К моменту смерти в возрасте девяноста трех лет (24 июля 2007 года) Эллис являлся автором и соавтором более восьмидесяти книг и свыше восьмисот статей в рецензируемых журналах (полную библиографию см. www.albertellisinstitute.org/ellisbibliography).

Эллис родился в 1913 году в Питтсбурге (штат Пенсильвания), став старшим из трех детей. Вскоре после этого семья перебралась в район Бронкс Нью-Йорка. В детстве Альберт страдал из-за многочисленных проблем со здоровьем. В пять лет его надолго положили в больницу с заболеванием почек. В возрасте от пяти до семи лет он перенес восемь госпитализаций, одна из которых длилась почти год. Литературные интересы Эллиса взрастили психотерапевтические работы. Многие из его принципов психотерапии впервые появились в неопубликованном автобиографическом романе (Ellis, 1933), где рассказывалось о его попытках преодолеть застенчивость, тревогу и стыд за бедность семьи. В юности Эллис заинтересовался романтическими и сексуальными отношениями, с жадностью читал соответствующую литературу. В 1941 году он основал некоммерческий Институт ПЛИБ (проблем любви и брака) для распространения рекомендаций по этим темам, в основном среди друзей и родственников. По совету адвоката Эллис добился получения ученой степени – для профессионального признания своего опыта. В возрасте сорока лет он поступил в аспирантуру по клинической психологии в педагогическом колледже Колумбийского университета.

После аспирантуры Эллис начал обучаться психоанализу, одновременно открыл собственную практику и быстро развил два ее направления. Одна группа клиентов проходила традиционные сеансы психоанализа, лежа на кушетке, в то время как вторая группа клиентов с проблемами в браке и сексе получала более активный набор вмешательств, сидя лицом к лицу с Эллисом. В начале 1950-х годов он разочаровался в эффективности психоанализа: обнаружил, что помогал проходившим сексуальную и семейную терапию клиентам гораздо быстрее, чем тем, кого лечил с помощью психоанализа. Сначала Эллис думал, что для излечения эмоциональных нарушений надо глубже проникнуть в прошлое клиентов. Тем не менее после его разбора им по-прежнему не удавалось улучшить состояние. Он пришел к выводу, что одно понимание прошлого приводит к изменениям только небольшой процент людей.

Эллис понял, что во время сексуальной и семейной терапии вел себя с клиентами по-другому, активно учил их менять свое отношение. Ранний интерес Эллиса к философии привел его к чтению работ великих азиатских и греческих мыслителей, включая Конфуция, Лао-цзы, Марка Аврелия и Эпиктета. Освободившись от пут психоаналитической роли, он давал советы клиентам, основываясь на работах этих философов. Эллис размышлял над идеей философов-стоиков о том, что люди могут выбирать, беспокоиться ли им, и над словами Эпиктета (90 год до н. э. / 1996): «Людей волнуют не сами вещи, а их мнение о них» (выдержка из «Энхиридиона»[7]). Он использовал философию в качестве основы для новой терапии, всегда считал классических и современных философов источником своих идей. В 1955 году Эллис сформулировал собственную теорию в статье, представленной на ежегодном съезде Американской психологической ассоциации.

Несмотря на критическое отношение Эллиса к психоанализу, он опирался на некоторые психоаналитические навыки и принципы. В частности, внимательно следил за эмоциями клиентов во время терапевтических сессий. Рэймонд Диджузеппе: «Будучи стажером, я был поражен, наблюдая за подмечаемыми Эллисом едва уловимыми изменениями в интонациях и жестах клиентов и за тем, как он потом использовал эту информацию для перенаправления терапии. Хотя Эллис отвергал пассивную позицию психоаналитика, он отдавал себе полный отчет в своих отношениях с клиентами. Он был предан им и демонстрировал замечательную способность к концентрации во время сессий. Тех, кто видел его только на лекциях и семинарах, где он был импульсивным и неординарным, часто удивляло, что Эллис мог создать терапевтический альянс. После двух лет совместной работы с Эллисом в терапевтической группе каждый из нас наблюдал отношение к нему клиентов. В клиническом контексте он вел себя вразрез со сценической личностью, а клиенты воспринимали его как внимательного, эмпатичного и преданного делу профессионала».

Возможно, психоаналитическая подготовка Эллиса повлияла на его теорию, особенно на первостепенность требовательности. РЭПТ постулирует, что эмоциональное нарушение возникает, когда люди делают свое хотение или желание абсолютным требованием ко Вселенной. Человек. имеющий эмоциональное нарушение, считает, что то, чего он хочет, должно появиться, и не может различить, чего он ***желает*** и что ***есть*** на самом деле. Эмоциональная адаптация включает признание разницы между ***желанием*** человека и тем фактом, что ***Вселенная не обязана его исполнять***. Эллис однажды заметил, что предъявление требований отражает психоаналитический конструкт первичного процесса мышления. Адаптация предусматривает разницу между желаемым и действительным, названную Фрейдом вторичным процессом мышления. Эллис утверждал, будто РЭПТ отличается от психоанализа тем, что, словно лазер, фокусируется на первичном процессе и активно пытается его изменить, в то время как традиционные терапии полагаются на более тонкие процессы изменений.

Эллис был одним из первых психотерапевтов, выступавших за активные изменения убеждений клиентов для индуцирования эмоционального или поведенческого изменения. Он также был среди ученых-пионеров, использовавших домашние задания в перерывах между сессиями, включая поведенческое воздействие in vivo. Эллис проводил семинары, читал лекции, писал книги и давал письменные задания на распознавание, подвергание сомнению и замену иррациональных идей (первичный процесс), а также закрепление заложенных им в терапию рациональных идей (вторичный процесс). Он был одним из первых интеграторов в психотерапии. Хотя РЭПТ, очевидно, имела сильную когнитивную составляющую, с самого начала практики и первых работ Эллис (Ellis, 1955) выступал за использование разных типов методов терапии, чтобы помочь людям изменить себя. Он поощрял применение визуализации, гипноза, групповых и семейных сессий, юмора, образовательных чтений психологической литературы, межличностной поддержки, письменных заданий, пения, поведенческой репетиции, назначение экспозиции, заданий на выполнение действия, использование метафор, притч и катарсического опыта. Согласно Эллису (Ellis, 1957a), в психотерапию

следует включать любую деятельность, которая может убедить клиента измениться. Вероятно, РЭПТ стала первой интегративной психотерапией.

Когда Эллис пришел в профессию в конце 1940-х годов и начал публиковать статьи о психотерапии в 1950-х, там преобладали психоанализ и клиент-центрированная терапия, а психотерапевтические исследования находились в зачаточном состоянии. Оба главных теоретических направления предписывали терапевту занимать пассивную, недирективную позицию. Эллис сыграл важную роль в изменении ее большей части. Первое исследование Эллиса (Ellis, 1957b) по эффективности того, что он затем назвал «рациональной терапией» (РТ), оказалось между классической оценкой Айзенка (Eysenck,1952) плохих результатов психоаналитического лечения и новаторским отчетом Вольпе (Wolpe, 1961) о результатах поведенческой терапии.

Лишь в 1961 году Эллис (в соавторстве с Робертом Харпером) написал свою наиболее влиятельную книгу по самопомощи «Руководство по рациональному образу жизни». Уже вышло ее третье издание, а всего было продано более двух миллионов экземпляров. На следующий год Эллис (Ellis, 1962) опубликовал первую научную книгу – «Разум и эмоции в психотерапии». Им написаны десятки работ по самопомощи и научных книг, продвигая РЭПТ вплоть до смерти в 2007 году (New York Times, 2007).

В 1965 году Эллис основал некоммерческий Институт повышения квалификации в области рациональной психотерапии для профессиональной подготовки терапевтов, ставший его профессиональным домом до конца жизни. Сегодня это Институт Альберта Эллиса. Его учебные центры, готовящие специалистов по психическому здоровью, действуют в нескольких штатах США, а также в Аргентине, Австралии, Боснии, Канаде, Колумбии, Англии, Франции, Германии, Греции, Японии, Израиле, Италии, Мексике, Нидерландах, Перу, Румынии, Сербии и на Тайване.

Изначально Эллис назвал свой подход **рациональной терапией** из-за акцента на когнициях. Впоследствии он понял, что недооценил роль эмоций и переименовал его в **рационально-эмотивную терапию**. И наконец, по совету давнего друга Рэя Корсини, сменил название на **рационально-эмотивно-поведенческую терапию** (Ellis, 1994). Корсини, перерабатывая свой классический учебник по психотерапии,[8] понял, что Эллис использует поведенческие методы в терапии, и предложил ему переименовать новый авторский подход для более полного отражения того, что практикуется.

Первоначально специалисты считали КПТ бредом в психотерапии. Психоаналитики едко называли когнитивные теории поверхностными и малосодержательными, изображали активную направленность терапии разрушительной, грубой и вредоносной. Поведенческие терапевты высмеивали акцент на когнитивности, полагая ее глупостью, и расценивали мысли КПТ как неважный эпифеномен.

Эллис: личность и теория

Обозреватель одного из журналов как-то заметил, что РЭПТ – это то, что сказал Альберт Эллис. Личность стала синонимом теории. Хотя его вклад в РЭПТ невозможно переоценить, на нее оказали существенное влияние и другие: Молтсби, Драйден, Диджузеппе, Бакс, Уэсслер, Вулф. Ни одна история когнитивных психотерапий не является полной без упоминания Альберта Эллиса. Он был неутомимым пропагандистом своей теории и практики. Его жизнь состояла почти исключительно из терапии, написания трудов по ней или обучения ей. Каждый день Эллис начинал прием клиентов в половине десятого утра и работал до одиннадцати вечера с получасовыми перерывами на обед и ужин. Он много путешествовал ради проведения семинаров и выступлений. Однажды сказал: «Я не поеду в Тадж-Махал, если не смогу провести там семинар».

Каждое выступление включало наглядную демонстрацию терапии. Эллис просил добровольцев выйти из зала на сцену, чтобы рассказать о своей проблеме, на примере которой он демонстрировал применение РЭПТ. Аналогичные демонстрации происходили еженедельно на его знаменитых вечерних семинарах по пятницам. В то время как деятельность психотерапевтов оставалась покрыта тайной, Эллис способствовал ее прозрачности. Он был готов демонстрировать свои умения всем желающим. Эти демонстрации собирали толпы людей на протяжении более сорока лет и многим открыли преимущества РЭПТ. И они продолжаются в Институте Альберта Эллиса по сей день.

Все мы провели немало времени, наблюдая, как Ал проводит терапию и наставничество. Сознавая, что многие его клинические вмешательства не были отражены в теории и работах, мы попытались включить в книгу свои наблюдения за поведением Ала в терапии, а также то, что он говорил и делал.

Эллис был известен использованием колоритной ненормативной лексики и прямотой. Он отстаивал свободу сексуального выражения во времена, когда люди считали подобные взгляды скандальными. Был убежденным атеистом и вообще дерзким. Эллис наслаждался борьбой с общепринятыми представлениями. Многие люди смеялись над его нетактичными замечаниями, другие уходили с выступлений, когда он начинал выражаться. Непонятно, помогала или мешала распространению РЭПТ данная манера общения. Эллис был известным человеком, его появление на национальных конференциях собирало толпы, заполнявшие даже проходы.

Однако личная жизнь Эллиса заметно контрастировала с публичной. Он был щедрым и понимающим наставником, поощрял расхождение в мнениях и дебаты сотрудников, принимал их с профессиональной и общечеловеческой позиции, оставался непредвзятым (Johnson, DiGiuseppe, and Ulven, 1999). Мы хотим выразить глубокую признательность своему учителю, без руководства и наставничества которого никогда не выпустили бы эту книгу.

Конструктивистская, когнитивная, эволюционная теория адаптации человека

Эллис утверждал, что вывел РЭПТ из терапии личностных конструктов (ТЛК) Джорджа Келли.[9] Келли сознавал, что люди эволюционировали и выживали

благодаря способности вносить порядок в хаотичный мир. Понимание мира обеспечивает первые шаги к разработке стратегий копинга и выживания. Келли вывел ТЛК из понимания конструктов, разработанных людьми в отношении их личного мирка. ТЛК помогает клиентам проявить гибкость в отказе от конструктов, которые не в состоянии адекватно объяснять мир и ведут к дезадаптивному поведению. Она включает оценку и понимание систем конструктов и помогает выяснить, позволяют ли они людям успешно существовать в этом мире.

Теория Келли привела к разработке методов лечения, основанных на научном рассуждении и коррекции дезадаптации (Mahoney, 1979). Она также положила начало конструктивистским методам, рассматривающим терапию как задачу понимания эпистемологии человека или философию понимания мира (например, Mahoney, 1991; Mahoney and Lyddon, 1988; Neimeyer, 1993). Метаанализ рассмотрел результаты исследований по ТЛК (Metcalfe, 2007). В итоге был сделан вывод, что ТЛК умеренно эффективна, в сравнении с отсутствием контроля за лечением и другими альтернативными методами. Получавшие ТЛК клиенты улучшили показатели в большей степени, чем клиенты, не получавшие активного лечения, но ничем не отличались от клиентов, получавших другие методы лечения.

ТЛК Келли послужила основой для других когнитивных терапий. Эллис и Бек утверждают, что иррациональные убеждения, автоматические мысли и дисфункциональные установки возникают из схем, вырабатываемых людьми с целью понять главные жизненные события (Beck, 2005; Ellis, 1962, 1994). Изменение пояснительной схемы стало основным акцентом формы КПТ (Young, Klosko, and Weishaar, 2003). Таким образом, иррациональные убеждения и требования, в частности, могут быть истолкованы как дезадаптивные схемы или конструкты мира. Они дезадаптивны, потому что клиент строит схему мира на своем желании или хотении, вместо того чтобы принимать мир таким, как он есть.

Другое влияние на КПТ с точки зрения попыток человека понять мир оказали *теории атрибуции*. Эксперименты Селигмана (Seligman and Maier, 1967) с собаками и созданная им теория выученной беспомощности (Seligman, 1975) представляли собой более концептуальный подход к пониманию объяснительного мышления людей. Селигман обнаружил, что собаки, получавшие неизбежные удары электрическим током, научались быть беспомощными и проявляли схожие с клинической депрессией симптомы. Последующие исследования выявили, что оригинальная теория выученной беспомощности не учитывала различные реакции людей на вызывающие выученную беспомощность ситуации. Выученная беспомощность может оставаться специфичной для одной ситуации, либо эти атрибуции обобщаются в тех или иных случаях. Атрибутивный (объяснительный) стиль человека – это способ понять, почему разные люди по-разному реагируют на неблагоприятные события. Хотя они могут переживать сходные негативные ситуации, их интерпретация каждым человеком влияет на вероятность приобретения выученной беспомощности и депрессии (Abramson, Seligman, Teasdale, 1978). Люди с пессимистическим объяснительным стилем, воспринимающие негативные события как постоянные («это никогда не изменится»), личные («это моя вина») и тотальные («я ничего не могу сделать правильно»), чаще страдают от выученной беспомощности и депрессии.

Когнитивный психолог Вайнер разработал похожую теорию атрибуции (Weiner, 1979, 1985), основанную на исследовании мотивации детей к успеваемости. Он предположил, что люди связывают причину или объяснение с неприятным событием. Теория атрибуции включает количество глобальности в сравнении со специфичностью, стабильности – с нестабильностью и внутреннего с внешним (Weiner, 1985). Глобальность атрибуции – это вера человека в то, что причина негативных событий постоянна в разных контекстах. Специфичность атрибуции заключается в мнении, что причина негативного события уникальна в конкретной ситуации. Стабильность атрибуции возникает, когда человек считает причину постоянной с течением времени. Нестабильность атрибуции заключается в мнении, что причина специфична для данного момента времени. Внешняя атрибуция присваивает причинность ситуативным или внешним факторам, внутренняя – факторам внутри человека (Abramson, 1978).

Рационально-эмотивно-поведенческая философия

Возможно, РЭПТ более любой другой системы психотерапии выросла на мощной философской основе и активно ее использует. Эмоциональное нарушение в значительной степени (но не полностью) является функцией восприятия, оценок и установок по отношению к событиям жизни – компонентам нашей личной философии. В РЭПТ заложена эпистемология или теория знания, диалектика или система рассуждений, система ценностей и этические принципы. Рассмотрим каждую из них.

Эпистемология: искусство знания

РЭПТ опирается на некоторые философские допущения. Первым из них является приверженность научному методу. Эллис полагал, что применение научного метода в личной жизни приведет к меньшему количеству эмоциональных нарушений и неэффективного поведения. Людям было бы легче, если бы они осознали, что все их убеждения, схемы, восприятие и прописные истины могут быть не верны. Проверка своих предположений, изучение обоснованности и функциональности собственных убеждений, а также готовность высказывать альтернативные идеи способствуют позитивной адаптации человека. Ригидное следование убеждению или схеме мира мешает человеку пересмотреть мышление и обрекает его вести себя так, как если бы мир был таким, как он надеется, а не таким, какой он есть. Эллис полагал, что людям станет легче, если они будут гибки в своих убеждениях и готовы отказаться от них при появлении более полезных, логичных и эмпирически последовательных убеждений.

Согласно РЭПТ (DiGiuseppe, 1986; Ellis, 1994), люди будут наилучшим образом выполнять свои функции, если начнут использовать эпистемологию философии науки, особенно с позиций Поппера[10] и Бартли (Bartley, 1987). Поппер отмечал, что все люди разрабатывают гипотезы. Предвзятые гипотезы искажают собираемые людьми данные и приводят к подтверждающим предубеждениям. Будучи людьми, мы не можем удержаться ни от формулирования гипотез, ни от запоминания подходящих к ним данных. Это делает объективное индуктивное рассуждение невозможным. Решение состоит в подтверждении своих гипотез и попытке их опровергнуть. Если гипотезу не удается опровергнуть, вы продолжаете держаться за нее до тех пор, пока не будет найдена лучшая идея или гипотеза. Поппер утверждал, что накопление знаний идет быстрее, когда люди выводят из своих гипотез прогнозы и пытаются их опровергнуть. РЭПТ рекомендует принять модель опровержимости (фальсификации) Поппера, как для собственного эмоционального здоровья, так и с профессиональной точки зрения, для помощи своим клиентам. Эпистемология всеобъемлющего критического рационализма Бартли добавляет, что людям следует использовать не только эмпирически опровержимые проверки своих идей, но и любые другие доступные аргументы для опровержения собственных размышлений. Вслед за Бартли Эллис как теоретик, терапевт и человек считал, что лучше использовать все средства для подвергания сомнению мышления человека.

Философия Эллиса содержит элементы конструктивизма. В частности, он утверждал, что все люди создают идеи о том, каким следует быть или каким является мир. Эллис думал, что люди придумывают многие убеждения. Это объясняет его отказ от поиска инсайтов в воспоминаниях из опыта клиентов или проверки правдивости автоматических мыслей о событиях прошлого. Все эти идеи могли оказаться выдумкой.

РЭПТ отличается от идей философов постмодернизма и когнитивных терапевтов конструктивизма, таких как Махони (Mahoney, 1991) и Неймейер (Neimeyer, 1993), в двух моментах. Во-первых, конструктивистские терапевты считают, что единственный критерий оценки убеждений – их полезность или целесообразность. Эмпирическая реальность критерием не является. Радикальные конструктивисты утверждают, что познаваемой реальности не существует. А согласно РЭПТ эмпирическая реальность – важный критерий, наряду с полезностью и логической последовательностью убеждений следует оценивать их эмпирическую истинность. Во-вторых, конструктивисты считают, что терапевты должны помогать клиентам проверять целесообразность своих идей. Они не будут снабжать клиентов альтернативными убеждениями, но позволят найти альтернативы самостоятельно. В качестве философии жизни РЭПТ утверждает существование некоторых альтернативных рациональных убеждений, способствующих эмоциональной адаптации. Научение посредством самостоятельного обнаружения ценится в РЭПТ, но если клиенту не удается выработать альтернативные убеждения, ему предлагают альтернативы и помогают оценить их истинность и целесообразность.

Как отличить истинное от ложного? Каковы самые верные и надежные способы получения знаний? На эти вопросы отвечает эпистемология. Каждый из нас (и каждый из наших клиентов) пользуется по крайней мере одной имплицитной эпистемологией.

Например, общественное мнение – авторитарная эпистемология, то есть что-то является правдой, потому что так говорит заслуживающий доверия авторитет. Вариация на данную тему заметна в религии: многие набожные люди считают озарение или божественное откровение надежным источником знаний независимо от того, исходят они от Библии, Корана, прочих религиозных текстов или от местного священника, пастора, имама либо раввина. Несколько менее божественным, но не менее догматичным источником могут служить родитель или учитель, первый психотерапевт или расплывчатое понятие «все» (всем известно, что…).

Особо фрустрирующий тип мышления можно назвать нарциссической эпистемологией в духе: «Это должно быть правдой, потому что я так решил» и: «Мне это кажется правильным». Более требовательная, пророческая версия данной философии опирается на следующие правила: «Все так, потому что я так говорю» или: «Будет именно так, потому что я этого хочу».

В РЭПТ мы ищем более надежные и достоверные способы получения знаний и определения того, как узнать, что является правдой. Философия РЭПТ предполагает, что именно с помощью научных методов можно успешнее всего получить знания о себе, других и мире. Данная терапия отстаивает научное мышление и эмпирическую точку зрения относительно знаний. На каждое озвученное клиентом убеждение

соответствующий вопрос РЭПТ будет звучать так: «Где доказательства истинности вашего убеждения?» Мы стремимся сделать из своих клиентов в большей степени ученых, чтобы они могли получать правильную информацию, логично использовать доказательства и создавать здравые, помогающие им убеждения.

Наука начинает с вопросов о сути, затем переходит к вопросу о взаимосвязи событий. Для ответов формулируются гипотезы, а для их проверки проводятся наблюдения и измерения. Если наблюдения согласуются с гипотезами, последние подкрепляются, а количество смысловых ошибок уменьшается. Строгое наблюдение помогает избавиться от мистицизма и магии. Кроме того, полученные наблюдения подтверждаются несколькими исследователями, чтобы исключить влияние «особой силы» интуиции или озарения.

Как мы узнаем об истинности чего-либо? Знать все наверняка нельзя. Мы устанавливаем вероятность истинности путем неоднократного обоснования результатов наблюдения. Конечно, мы надеемся сделать больше, чем просто подтвердить отдельные факты; мы надеемся встроить их в целостную картину или теорию реальности. Исходя из созданной нами теории, мы можем предвидеть новые случаи появления схожих событий и вывести новые гипотезы для применения в различных обстоятельствах. Важным моментом является то, что мы продолжаем подвергать (их) сомнению и остаемся открытыми для новых доказательств.

Диалектика: искусство мышления

Искусством логического мышления не так легко овладеть – большинство людей выглядят как эксперты в алогизме. Типичное самоуничижительное алогичное рассуждение выглядит так:

Я должен быть совершенным.

Я только что допустил жуткую ошибку.

Это доказывает, что я несовершенен, а значит, никчемен.

Выдержат ли такие рассуждения проверку на логику? Нет. Где доказательства истинности утверждения «Я должен быть совершенным»? Их нет, хотя существует достаточное количество доказательств того, что я, как и все остальные люди, несовершенен и, таким образом, в некотором смысле «должен» быть несовершенным, а не наоборот.

Рассмотрим утверждение «Я только что допустил жуткую ошибку». Возможно, я могу продемонстрировать допущенную мной ошибку (хотя следует быть осторожным, чтобы не сделать поспешный вывод – вдруг еще слишком рано говорить, была ли это ошибка), но как доказать, что она «жуткая»?

Безусловно, мое несовершенство доказано ошибкой, но следует ли из этого логический вывод о моей никчемности? Очевидно, что нет, хотя дихотомически мыслящие люди заявят, что так и есть. У дихотомического мышления существует лишь два выбора: «совершенный» либо «никчемный».

Рассмотрим другой силлогизм (= логическое рассуждение, дедуктивное умозаключение):

Если бы Артур любил меня, он позвонил бы.

Он не позвонил.

Значит, он больше меня не любит.

Можете ли вы обнаружить ошибки? Верна ли первая посылка? (Необязательно.). Вторая посылка? (Да.) Заключение? (Нет, если первая посылка не верна.)

Клиентам редко известны главные посылки собственного мышления или силлогистического потока мыслей. Чаще всего их внимание сосредоточено лишь на заключении, которое при искажении легко может вызвать эмоциональные проблемы. Рациональное мышление включает и логические рассуждения, основанные на эмпирически обоснованных или обосновываемых утверждениях. Мысля рационально, мы вряд ли придем к заключениям, которые вызовут расстройства эмоциональной сферы.

Этика

Философия РЭПТ предполагает, что этические принципы справедливого отношения к другим людям могут основываться на человеческом благоразумии, а также на предвидении и понимании последствий своих действий. Теория РЭПТ предполагает, что обобщенные этические принципы добра и зла искажаются и упрощаются в рассуждении взрослого человека. Этичность определяется в каждой конкретной ситуации. Абсолютной правоты или ошибочности не существует. Навязывание себе понятий об абсолютной правоте или ошибочности – именно то, что приводит к чувству вины и стыда, тревоге и депрессии, а также к враждебности и нетерпимости к другим.

Исследования в области психологии моральных философий, например работы Колберга (Kohlberg, 1976), указывают на развивающийся характер этических идей. В типичной исследовательской парадигме испытуемым разного возраста были предложены моральные дилеммы, подобные приведенной ниже:

Мать запретила шестилетнему Максу прикасаться к дорогой новой вазе. Однажды, движимый приливом любви к маме, маленький Макс вышел на задний двор и нарвал для нее цветов. Он аккуратно поставил их в новую вазу, но через несколько мгновений вспомнил, что цветам, чтобы они не завяли, нужна вода. Поэтому он осторожно понес вазу к раковине, однако на обратном пути она выскользнула из его скользких, мокрых пальцев, упала на пол и разбилась. И тут мама вошла в комнату.

Дилемма:

Поступил ли Макс дурно?

Является ли Макс плохим мальчиком?

Будет ли злиться мама?

Следует ли наказать Макса?

Когда такие загадки задают маленьким детям, их моральные суждения очевидны: Макс – плохой мальчик, его следует отшлепать. Но чем старше испытуемый, тем сложнее моральные рассуждения и менее ясным представляется решение. Начинают играть роль такие факторы, как мотивация Макса, степень преднамеренности поступка, цель и строгость наказания, характер взаимоотношений сторон и другие вещи. Со зрелостью приходит большая гибкость: вызывающий сомнение поступок рассматривается в более широком контексте.

Зрелость – способность рассуждать с позиции ситуационной этики – соответствует принципам философии РЭПТ.

Можно было бы возразить, что при использовании ситуативных этических правил вместо абсолютных этическое поведение уйдет в небытие. Ведь если не будет понятий об абсолютной *правоте* и *ошибочности, добре* и *зле*, что предотвратит полный моральный хаос?

РЭПТ стремится помочь человеку использовать благоразумие при решении этических дилемм, развивать недогматическую, неабсолютистскую, но социально ответственную философию жизни. Этические принципы основаны на ответах на вопрос: «Вредят ли мои поступки другим людям?», а не на вопрос: «Нарушает ли этот поступок какую-то [христианскую] заповедь?» Зрелые с точки зрения этики поступки направлены на благо общества и самого себя, то есть не вредят ни нам самим, ни другим.

Почему желательно поступать этично? Не прибегая к абстрактной морали, мы можем назвать ряд простых, прагматических причин. Например, опыт показывает: если относиться к другим людям несправедливо (лгать, мошенничать, воровать, безжалостно критиковать и т. д.), в конечном итоге нас ждет возмездие. Происходящее становится очевидным при изучении правил справедливой игры (или, выражаясь более строгим языком, «правил взаимного обмена»). Они гласят о справедливом отношении людей друг к другу. Хотя зачастую трудно назвать конкретные составляющие справедливости, люди обычно обладают внутренним пониманием того, что справедливо в данной ситуации. Нарушителя этого правила могут ждать те же социальные процессы, что и при нарушении других норм. Другие люди попытаются прямо или косвенно повлиять на нарушителя. Этот процесс может включать попытки обучения, угрозы и даже наказание. В случае дальнейших нарушений он будет исключен из своей группы. Поскольку для большинства из нас одной из целей счастья является гармоничное общение со многими и близкое общение с избранными, чтобы удержать человека от нарушения правил, достаточно угрозы исключения. Поступать несправедливо, необдуманно или эгоистично не в наших интересах.

В более широком смысле, поступая неэтично, вы помогаете создать мир, в котором люди ведут себя неэтично, и вы, в свою очередь, пострадаете от такой культуры. Следовательно, в ваших интересах содействовать этическому обществу.

Таким образом, в соответствии с этическими принципами философии РЭПТ ошибочно замышлять дурное и вредить окружающим. Это ошибочный поступок человека, так как он способен помешать достижению его целей. РЭПТ не дает никакой конкретики относительно правоты и ошибочности в абсолютном смысле, так как это попахивает догматизмом. Терапия исходит из того, что ригидность, авторитаризм, догматизм и абсолютизм – одни из худших черт любой философской системы и стили мышления, приводящие к неврозам, а также расстройствам эмоциональной сферы.

По сути этика РЭПТ очень близка золотому правилу нравственности: поступай так, чтобы подать хороший пример остальным (или поступай с другими так, как хочешь, чтобы поступали с тобой).

Этический гуманизм

Практически все иудейско-христианские религии основаны на данном золотом правиле, являющемся сущностью философии РЭПТ. Терапия обеспечивает этическую систему того, как мы должны относиться к другим людям, и неосуждающую философию принятия себя и других такими, какие есть. Несмотря на это, РЭПТ ближе к этическому гуманизму, чем к религии.

С позиций этического гуманизма источником мудрости является рассуждающий индивид, а не всемогущий Бог. Для объяснения устройства мира не требуется ни понятие Бога (это дело науки), ни создание этического кодекса (это можно сделать, ясно мысля). Эллис явно был атеистом и в нескольких своих статьях постулировал, что хоть религия (то есть философия жизни) может быть рациональной, религиозность (то есть догматическая, абсолютная и необоснованная вера) – не просто опиум для народа, но и главная причина психопатологии (Ellis, 1987b).

Блок 1.1

Клинический пример: клиентка – католичка тридцати восьми лет, чьи слезы при первом появлении оказались связаны с сильным чувством вины за сделанный ею – двадцать лет назад – аборт. В течение этих двадцати лет она то вытесняла свои воспоминания об аборте, то вызывала их к жизни в сочетании с сильными нравственными страданиями. Аборт, по ее мнению, был ошибкой: она «убила своего ребенка», что сделало ее убийцей – грех, за который она не могла себя простить. Попытки оспорить «ошибочность» аборта оказались тщетны. Независимо от обстоятельств жизни в тот период в ее системе ценностей выбор прерывания беременности стал ошибкой и происками дьявола. Попытки оспорить самоуничижение тоже оказались тщетны: по ее мнению, «убийство» сделало ее «убийцей». Наше успешное диспутирование добралось до вопроса о том, допустимо ли прощать людей, признающих свои ошибки, особенно после попыток покаяться за плохой поступок. С помощью компетентного в вопросах веры пастора мы пришли к соглашению о том, что двадцать лет переживаний чувства вины по собственной инициативе явились достаточным наказанием за «преступление» и что если Иисус был способен простить грешника, то разумно и женщине последовать его примеру. Впоследствии ее способность сделать это оказалась весьма впечатляющей, и вскоре последовала долгожданная беременность.

Несмотря на то что Эллис был гуманистом и атеистом, можно сохранить приверженность вере и успешно практиковать РЭПТ, чем и занимались многие священнослужители (см. DiGiuseppe, Robin, and Dryden, 1991; Johnson, 2006; Neilsen, Johnson, and Ellis, 2001; Hauck, 1985). Большая часть философии РЭПТ и значительная часть рациональных убеждений соответствуют умеренной религиозности. Для поддержки рационального мышления и здорового изменения поведения можно использовать религию клиента или Библию. Религия может напоминать тест Роршаха. Люди видят в ней то, что их волнует. РЭПТ-терапевт способен помочь клиентам сосредоточиться на рациональных аспектах религии.

Ценности

Две эксплицитные ценности философии РЭПТ поддерживаются большинством людей, но не часто озвучиваются. Эти две основные ценности – выживание и получение удовольствия. Основанная на них система психотерапии предназначена для помощи людям по продлению жизни, минимизации эмоциональных страданий и саморазрушительного поведения, а также по самореализации для ведения более наполненной и счастливой жизни.

Главная концепция заключается в том, что если позволить людям мыслить более рационально, гибко и научно, они будут жить дольше и счастливее. Аналогичным образом целесообразное поведение, в отличие от саморазрушающего или наносящего вред обществу, повышает выживаемость и уровень счастья. Помогая людям испытывать адекватные эмоции, положительные или отрицательные, терапевт продляет их долголетие и удовлетворенность. Таким образом, РЭПТ можно использовать не только для уменьшения страданий, но и для улучшения самочувствия и обретения счастья (Bernard, Froh, DiGiuseppe, Joyce, and Dryden, 2010).

Соответственно, нашей общей целью является проживание собственной, единственной жизни и получение как можно большего количества удовольствия – с учетом ограниченных возможностей человеческого тела, ограничений физического и социального мира, а также мирного сосуществования в выбранной нами группе и наличия близких отношений с определенными людьми по нашему выбору. Это и есть эксплицитные ценности, которые отстаивает РЭПТ.

Эллис и Бернард (Ellis and Bernard, 1986) в общих чертах обрисовали несколько важных подцелей, согласующихся с главными ценностями РЭПТ и способных помочь людям в их достижении.

Соблюдение личных интересов. Эмоционально здоровые люди склонны ставить свои интересы хотя бы чуть выше интересов остальных. Они в той или иной степени жертвуют собой ради тех, о ком заботятся, но не преимущественно и не полностью.

Соблюдение социальных интересов. Большинство людей предпочитают жить в социальных группах, и для максимально комфортной и счастливой жизни им было бы разумно поступать морально, защищать права остальных и способствовать выживанию общества, в котором они живут.

Управление собственной жизнью. Нам неплохо удается сотрудничать с другими, но лучше взять на себя основную ответственность за собственную жизнь, чем требовать или нуждаться в чрезмерной поддержке либо опеке других.

Терпимость. Полезно сохранять за собой и другими право на ошибку. Неуместно наслаждаться своим предосудительным поведением, но не стоит и осуждать за него других.

Гибкость. Здоровые люди склонны к гибкому мышлению. Наличие жестких, предвзятых и инвариантных правил обычно сводит счастье к минимуму.

Принятие неопределенности. Мы живем в увлекательном мире вероятностей и случайностей, абсолютной определенности не существует. Здоровый человек стремится к некой упорядоченности, но не требует полной предсказуемости.

Приверженность. Большинство людей, особенно умных и образованных, более счастливы, если увлечены чем-то или кем-то, кроме самих себя. Кажется, что наличие по крайней мере одного сильного творческого интереса и значительная вовлеченность в межличностные отношения обеспечивает основу счастливого существования человека.

Самопринятие. Здоровые люди свободно выбирают безусловное принятие себя вместо анализа своей ценности, соизмерения или попытки доказать собственную состоятельность.

Принятие риска. Эмоционально здоровые люди готовы рисковать и проявляют склонность к авантюризму, пытаясь поступать по-своему и не проявляя безрассудства.

Реалистичность ожиданий. Мы вряд ли получим все желаемое или сможем избежать всего, что кажется нам болезненным. Здоровые люди не тратят время на стремление добиться недостижимого или нереального совершенства.

Высокая толерантность к фрустрации. Перефразируя Рейнгольда Нибура и Общество анонимных алкоголиков, здоровые люди сознают, что могут столкнуться только с двумя видами проблем: с теми, с которыми можно, и с теми, с которыми нельзя что-то сделать. Цель – изменить те не устраивающие обстоятельства, которые мы способны изменить, и научиться переносимости (или «принятию») того, что мы не в состоянии изменить.

Ответственность за себя. Вместо обвинений других, мира или судьбы в своих страданиях здоровые люди принимают ответственность за собственные мысли, чувства и поведение.

Таким образом, цели РЭПТ согласуются с ее ценностями, сводящими дистресс к минимуму, максимально увеличивающими продолжительность человеческой жизни и радость от ее проживания. Эти ценности иногда именуются ответственным гедонизмом.

Ответственный гедонизм

Философская позиция РЭПТ также зиждется на эпикуреизме. Однако, в отличие от слепого, компульсивного гедонизма фрейдистского *ида*, эпикуреизм РЭПТ направлен и индивидуалистичен. Тогда как согласно понятию ида мы все движимы одними и теми же импульсами, возникающими во время физиологических процессов, в РЭПТ индивиды признаются склонными к удовольствию и, следовательно, стремящимися к широкому разнообразию занятий. Эпикуреизм появился около 307 год до н. э. и является философской системой, основанной на учении Эпикура. Эпикур считал удовольствие высшим благом. Однако путь к его достижению состоял в скромной жизни и получении знаний об устройстве мира, и, таким образом, о границах достижения своих желаний. Принятие этих границ приводит к состоянию спокойствия, свободы от страха и эмоциональных нарушений, а также к отсутствию телесных болей. Сочетание этих двух состояний выражает счастье в его высшей форме. Эпикуреизм – форма гедонизма, объявляющая удовольствие единственным подлинным благом, однако концепция

отсутствия боли как высшего удовольствия и пропаганда простой жизни отличают его от гедонизма в обычном понимании.

Эпикуреизм – не просто поиск удовольствия и избегание боли, такой принцип не обязательно приведет к непрерывному наслаждению. Получая удовольствие от чего-то, имеющего вредные побочные эффекты, вы не будете наслаждаться им долго. Таким образом, злоупотребляя спиртным или наркотиками, можно испытать сильное удовольствие в краткосрочной перспективе, но больше боли, чем удовольствия в долгосрочной. Поскольку краткие удовольствия могут реально работать против другой главной цели – выживания, РЭПТ выступает за умеренность.

Термин «умеренность» – гедоническое исчисление, понятие, заимствованное у прагматических философов XIX века. Конечно, это не настоящее исчисление, так как приятные занятия нельзя измерить в числах. Это скорее относится к разумной привычке задавать себе вопрос, не может ли испытываемое нами сегодня удовольствие каким-то образом иметь неприятные последствия завтра, на следующей неделе или спустя годы. И наоборот, живя только завтрашним днем, мы вполне можем отказаться от значительной части имеющегося наслаждения, что тоже было бы иррационально. Как видим, стремление к простым гедонистическим целям выживания и счастья может оказаться довольно сложным. И немедленное удовлетворение, и его отсрочка имеют свои преимущества и недостатки. РЭПТ выступает за некомпульсивный поиск оптимального решения, не приносящий в жертву ни настоящее, ни будущее.

Особой формой гедонизма, заслуживающей тщательного рассмотрения, является избегание человеком боли, дискомфорта и неудобств, что приводит к невозможности достижения желаемого результата. Человек может чего-то хотеть, но не желать работать ради долгосрочной цели. В РЭПТ такое избегание считается следствием *непереносимости фрустрации* (НФ). Клиенты проявляют НФ, отказываясь выполнять то, что, по их же согласию, будет для них полезно, ссылаясь на такие причины, как «Это слишком тяжело», «Это будет слишком страшно» или «Я не смогу этого вынести». Возможно, НФ – главная причина того, что отсутствуют улучшения в состоянии клиентов после того, как они обретают понимание своего эмоционального нарушения и механизмов его появления.

НФ – философия жизни индивида, по сути утверждающая: «Мне не следует делать ничего неприятного или неудобного; я скорее сохраню статус-кво, чем рискну потерять комфорт». Хотя люди, конечно, имеют право жить по такому принципу, он способен вызвать несчастье, отрезав от желаемых целей.

Приводит ли эпикуреизм РЭПТ к безответственности и анархии в человеческих отношениях? Нет, и еще раз – нет, если только человек не продумал последствия своего поведения, в том числе лишение себя в будущем возможности стремиться к счастью. Эксплуатация других людей вряд ли отвечает нашим долгосрочным интересам.

Язык и общая семантика

Эллис сообщал, что при создании РЭПТ на него сильно повлияла теория общей семантики (см. Ellis, 1991). *Общая семантика* (ОС) – не столько философия, сколько

изучение языка и того, как его структура и использование могут формировать и искажать человеческий опыт и общение. Главной фигурой общей семантики является Альфред Коржибский, чья самая известная работа – «Наука и здравомыслие: введение в не-аристотелевские системы и общую семантику» (Korzybski,

1933) – рассматривает основные принципы ОС. Как видно из названия работы, ОС выступает за выполнение людьми своих функций наилучшим образом и их свободу от эмоциональных нарушений вследствие использования научного метода, предлагающего когнитивную гибкость, осознание имплицитных допущений, уточнение и проверку гипотез, а также эмпирическое обоснование идей. Название книги Коржибского – «Наука и здравомыслие» – могло стать источником гипотезы Эллиса о том, что более научное мышление приводит к эмоциональной адаптации.

Самая важная предпосылка ОС заключается в том, что язык обычно не передает всех нюансов. Любое слово по своей природе опускает некоторые особенности события, предмета или действия, которые пытается выразить. Эта мысль отражена в идее ОС о том, что «карта не есть территория». Независимо от того, насколько подробна карта, она не сможет включить некоторые характеристики отображаемой территории. Слово во всех аспектах не является тем, что оно определяет. Кроме того, не существует двух абсолютно одинаковых вещей: их классифицируют люди. А еще ни один человек или вещь не остаются неизменными с течением времени – все меняется. Человек, каким мы являемся сегодня, отличается от того, кем мы были в прошлом. Как гласит старая пословица, *нельзя войти в одну и ту же реку дважды*. Таким образом, каждое событие или вещь имеет уникальные особенности, теряющиеся при их отображении в категориях, используемых нами для выражения слов.

С клинической точки зрения эти идеи заставили Эллиса с подозрением относиться к словам и задавать своим клиентам контрольные вопросы для прояснения клинически значимых переживаний. Если клиент сообщал о тревожности, Эллис не предполагал, что ему известно, что именно имел в виду клиент, а следил за характером ощущений и образов данного конкретного переживания тревоги и т. д. Если клиент сообщал о болезненной реакции в результате чей-то критики, Эллис не предполагал, что знает ее расстраивающий элемент: возможно, клиент болезненно отреагировал на тон, жесты, содержание или предположения. В следующих главах, посвященных оценке важнейших составляющих активирующего события или оценке эмоций, читатель увидит влияние ОС на процесс РЭПТ. В первую очередь это тот факт, что слова способны запутать, а какая-то информация всегда остается пропущенной. Клиницистам необходимо убедиться в получении этой важнейшей информации.

Коржибский тоже считал, что в структуре языков вызванные глаголом «быть» реакции идентичности приводят к чрезмерному обобщению, путанице и дезадаптивному поведению. Глагол «быть»[11] подразумевает идентичность подлежащего и составного именного сказуемого в предложении. Например, говоря «лимон – желтый», вы думаете, что желтизна – важнейшая и необходимая часть лимона. В результате мы путаем нашу реакцию на лимон – «желтый» – с самим лимоном. В темноте мы не заметили бы, какого он цвета. Если бы на вас были синие

очки, вы увидели бы лимон зеленым, а будучи дальтоником – в некоторой степени серым. А еще бывают незрелые зеленые лимоны и сорта нежелтых лимонов. Структура утверждения «лимон – желтый» заставляет рассматривать желтизну и лимон как одно и то же. Более точным и адекватным было бы сказать: «Я вижу лимон желтым». В данном случае в утверждении присутствует наблюдатель, оставляющий открытой возможность того, что другие наблюдатели могут увидеть что-то другое и что лимон может иметь другие свойства, помимо желтизны. Коржибский предостерегает от бездумного или избыточного использования глагола «быть», так как он подразумевает идентичность, особенно при непосредственном применении к объективной реальности. Он писал: «…использование глагола "быть" в смысле идентичности применительно к объектным непроизносимым уровням неизменно представляется структурно ложным по отношению к фактам и должно быть полностью оставлено» (Korzybski, 1933).

Оставив в стороне плоды и цвета, рассмотрим использование глагола «быть» при описании людей. «Он – неудачник». Человек представлен словами «он» и «неудачник», связанными идентичностью. Неудача является частью идентичности человека, представленной как «он». Это может привести к появлению нездоровых отрицательных эмоций и отсутствию приложения усилий по отношению к новым задачам, так как неудача уже является частью картины.

Во избежание путаницы в идентичности, подразумеваемой глаголом «быть», Коржибский изобрел новый язык, названный им А-примом или элементарным английским. А-прим – версия английского языка, исключающая все формы глагола *быть* и не использующая его спряжение. Вместо фразы «Он – неудачник» можно сказать: «Он не смог (*выполнить конкретное задание*)». Позиция Коржибского в отношении А-прима сильно повлияла на рассмотрение Эллисом иррациональности глобальных оценок человеческой ценности и его представление о безусловном самопринятии:

«Работы Коржибского о предикации глагола "быть" побудили меня помочь клиентам прекратить использование некоторых видов чрезмерных обобщений, поскольку говоря: "Я – хороший", – они решительно подразумевают, что их сущность или "душа" – сама доброта, они совершают исключительно "хорошие" поступки и потому заслуживают жить и наслаждаться. Это вводит их в заблуждение, так как они не могут доказать, что имеют какую-то сущность (являющуюся очень плохим, расплывчатым и мистическим словом), а если она и есть, не могут показать, что она всегда, в любой момент времени "хорошая". Для большей точности, как выразился бы Коржибский, я помогаю клиентам сказать: "Я человек, который совершает хорошие поступки" (например, помогает другим в беде), – но который также делает много "нейтральных" и "плохих" вещей (например, вредит другим). Я никогда не бываю полностью "хорошим", "плохим" или "нейтральным"».

Коржибский показал, что использование предикации глагола «быть» заставляет нас думать неточно. Таким образом, утверждения вроде «я – хороший» и «я – плохой» являются неточными и чрезмерными обобщениями, потому что на самом деле я – человек, который иногда поступает хорошо, а иногда – плохо. РЭТ учит клиентов оценивать не себя или свою суть, а только свои поступки. Все самооценки

представляются ошибочными, потому что люди слишком сложны и многогранны для получения ими глобальной оценки (Ellis, 1991).

Мы настоятельно рекомендуем новоиспеченному РЭПТ-терапевту уделить время чтению трудов по общей семантике, будь то классическое произведение Коржибского (Korzybski, 1933) или работы некоторых других авторов на данную тему, таких как Хаякава[12] или Джонсон (Johnson, 1946). Эти книги изменят способ, которым человек слышит язык.

Чем не является рационально-эмотивно-поведенческая терапия

Многие люди предполагают, что, поскольку Эллис часто цитирует стоика Эпиктета, РЭПТ является формой стоицизма. Ничего подобного! Настоящий стоик работает над развитием устойчивости к ощущениям, будь то физические ощущения (например, боль) или эмоции (например, скорбь). Напротив, позиция РЭПТ состоит в том, что рациональное мышление может привести к эмоциям, причем к весьма сильным и отрицательным, не вызывая их нарушения и не причиняя ненужных страданий. РЭПТ – синтез стоицизма и эпикуреизма.

РЭПТ также не следует путать с рационализмом, утверждающим, что человек приобретает знания только благодаря логике, а не эмпиризму. Терапия предполагает не то, что логика превыше всего, а что знания приходят посредством логического и эмпирического подвергания сомнению мыслей нашего беспокойного ума, а также выступает за то, чтобы мы поступали правильнее в соответствии с нашими новыми убеждениями.

Кроме того, важно не путать рациональное мышление с рационализацией, так называемым механизмом психологической защиты, который фактически является формой искаженного мышления. При рационализации мы придумываем объяснение действию, мысли или эмоции вместо встречи с нежелательной реальностью – совершенно противоположной рациональному мышлению.

Блок 1.2

Древняя басня Эзопа о лисе и винограде – хороший пример рационализации. Независимо от того, как высоко прыгала лиса, она не могла добраться до сочной грозди винограда, но продолжала стараться, злясь все больше и больше. Единственный выход для прекращения глупой настойчивости – решение, что виноград, вероятно, еще не созрел. Уходя, лиса пробормотала себе под нос, что ей и не нужна была «кислятина». Какой может быть рациональная реакция (в отличие от рационализации) на эту разочаровывающую ситуацию?

Рациональность как философия жизни

Исследуя систему убеждений клиента, практики РЭПТ сталкиваются с правилами, которым тот пытается следовать в своей жизни. Эти личные правила или философия жизни могут опираться на родительское воспитание и религиозные учения, общепринятые представления или своеобразное мнение о том, как следует прожить жизнь. Эти правила, вследствие упрямого соблюдения, жесткого самопринуждения к их исполнению, противоречивости или иного рода дезадаптации, являются основой эмоционального нарушения клиента. Если личные правила жизни мешают достичь целей счастья и выживания, они являются справедливым поводом для самопроверки и изменения.

РЭПТ-терапевт надеется помочь клиенту выработать новую философию жизни, которая позволит тому уменьшить эмоциональный дистресс и обрести большее счастье. Терапевт придерживается мнения, что люди могут увеличить свои страдания с помощью алогичного и ненаучного мышления либо способствовать своему удовольствию посредством аккуратных рассуждений на основе доказательств.

Цели рациональной философии состоят в формировании убеждений и привычек, согласующихся с:

- выживанием;
- достижением удовлетворенности жизнью;
- общением с другими людьми в позитивном ключе;
- достижением близких отношений с немногими избранными;
- развитием или поддержанием жизненной погруженности в некоторые начинания, необходимые для их реализации.

Блок 1.3

Философия в клинической работе: работа на философском уровне может оказаться целесообразной клинической стратегией, потому что способна привести к глубоким, влияющим на многие стратегии поведения изменениям. Работая на поведенческом уровне, вам, вероятно, придется бить молотком по каждому (поведенческому) гвоздю в голове клиента; но умея работать на философском уровне, вы можете бить единственной доской, которая забьет одновременно много гвоздей.

РЭПТ-терапевты знают и помогают клиентам помнить, что всем людям свойственно ошибаться, они обречены на постоянные и частые ошибки, неудачи. Врачи помогают клиентам отказаться от требований совершенства и стремиться развивать конструктивное принятие себя и других. В своей лучшей форме такое изменение происходит благодаря научному, логическому мышлению, приводящему к глубоким изменениям в философии жизни и поведении.

Работы Альберта Эллиса можно разделить на философию, личную философию жизни, теорию психопатологии и теорию психотерапии. Описанные выше философские положения закладывают основы теорий психопатологии и психотерапии, которые мы обсудим в следующих главах.

Глава 2

Рационально-эмотивно-поведенческая теория

Существует три главных психологических аспекта жизнедеятельности человека: мысли, эмоции и поведение. Они взаимосвязаны и переплетены между собой, поскольку изменения в одном часто приводят к изменениям в других. Вследствие этого, изменив способ размышления о каком-то событии, люди, скорее всего, будут относиться к нему по-другому и смогут изменить тип поведенческой реакции. Изменения в поведении могут привести к изменениям в мышлении: сделав то, чего раньше боялись, мы перестанем думать об этом как об опасном или сложном.

Поведенческие психологии акцентируют внимание на изменении внешних обстоятельств для изменения поведения, когнитивные психологии сосредотачиваются на изменении содержания мысли, и очень немногие психологии занимаются изменением эмоций напрямую, потому что эмоции неуловимы, их трудно фиксировать. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) фокусируется на когнитивно-эмоциональном взаимодействии. Однако разные формы КПТ постулируют разные когниции, приводящие к нарушенным эмоциям. Рационально-эмотивно-поведенческая терапия (РЭПТ) уделяет внимание когнитивно-эмоциональному взаимодействию, но отличается тем, что выдвигает гипотезу о роли требовательности и других иррациональных убеждений (ИУ), способствующих возникновению дисфункциональных эмоций.

В этой главе мы рассмотрим некоторые фундаментальные принципы теории РЭПТ и покажем, как она соотносится с когнитивной теорией в целом, проиллюстрируем ее применение в клиническом лечении.

Семь принципов теории РЭПТ

Основные идеи РЭПТ можно свести к семи основным принципам:

1. Главный принцип рационально-эмотивно-поведенческой теории заключается в том, что *когниция является наиболее важной, непосредственной детерминантой человеческих эмоций*. Проще говоря, мы чувствуем то, что думаем. Чувствовать себя «хорошо» или «плохо» нас заставляют не события и другие люди, а наши когнитивные процессы. Это то же самое, что написание сценариев для своих эмоциональных реакций, хотя обычно мы не сознаем подобные занятия. Таким образом, внешние события прошлого или настоящего способствуют, но не вызывают напрямую и не обусловливают наши эмоции. Вместо этого более непосредственными и мощными источниками наших эмоциональных реакций являются наши внутренние процессы, такие как восприятие, его оценки и особенно – наше принятие или отказ от такого восприятия.

2. Второй принцип гласит: *иррациональное мышление является основной детерминантой эмоционального дистресса*. Дисфункциональные эмоциональные состояния и многие аспекты психопатологии – результат дисфункциональных мыслительных процессов, которые могут характеризоваться преувеличением, чрезмерным упрощением или обобщением, непроверенными алогичными допущениями, ошибочными умозаключениями, абсолютистскими идеями и требованиями существования либо отсутствия эмоций, мыслей или реальности.

3. Наиболее эффективный способ изменения дисфункциональных нарушенных эмоций начинается с анализа собственных мыслей. Если дистресс – продукт иррационального мышления, то *лучший способ победить дистресс – изменить такое мышление*.

4. *Множественные факторы*, включая генетические и внешние, являются этиологическими предшественниками иррационального мышления и психопатологии. Эллис неоднократно отмечал наличие у людей естественной предрасположенности к иррациональному и рациональному мышлению (например, Ellis, 1976a, 1985, 1994; Эллис и Макларен[13]). Он считал, что люди развили способность размышлять о мире как рационально, так и иррационально. Склонность человечества в целом к иррациональному мышлению подтверждается распространенностью иррациональных убеждений. Культура обеспечивает их конкретное содержание.

5. Эмоции сигнализируют о наличии у человека проблемы, требующей его внимания и действий.[14] В отличие от большинства других теорий психотерапии, РЭПТ выделяет два разных типа эмоций по отношению к негативным событиям: полезные, здоровые, функциональные, адаптивные и бесполезные, нездоровые, дисфункциональные, дезадаптивные. В большинстве случаев люди испытывают здоровые и нездоровые эмоции одновременно. Однако мы не осознаем смешение. Здоровые эмоции приводят к функциональному адаптивному поведению, нездоровые – к дисфункциональному и дезадаптивному. Различие между двумя типами эмоций существенное, оно дает возможность направить вмешательства исключительно на нездоровую половину. Она (также и в поведении) связана с

иррациональным мышлением, в то время как конструктивная половина сочетается с рациональным мышлением.

6. Как и многие современные психологические теории, рационально-эмотивно-поведенческая теория обращает внимание *на ближайшее влияние в настоящем* на эмоции и поведение, нежели чем на *историческое* влияние на поведение. Еще один принцип теории РЭПТ заключается в том, что, хотя для появления психопатологии важны наследственность и внешние условия, они не являются основными для понимания ее сохранения и продолжения. Люди поддерживают эмоциональное нарушение постоянной самоиндоктринацией. К имеющемуся эмоциональному дистрессу приводят повторение и упорное следование иррациональным убеждениям, а не то, каким образом они приобретены. Если бы люди переоценивали свое прежнее мышление и отказывались от него в настоящем, их жизнь здесь и сейчас была бы совершенно другой. Отрицательные события прошлого могут привести к эмоциональному нарушению, так как человек научился иррационально думать о тех событиях и активно повторял эти мысли на протяжении времени. Эллис приписывал мысль по данному вопросу Зигмунду Фрейду: «Прошлое важно, потому что вы продолжаете всюду таскать его с собой» (Фрейд, 1965).

7. Убеждения можно изменить, хотя такие изменения – *нелегкая задача*. Иррациональные убеждения превращаются в рациональные благодаря активным и настойчивым усилиям по осознанию, подверганию сомнению и пересмотру своего мышления и борьбы с такими убеждениями, тем самым эмоциональный дистресс уменьшается, а вероятность получения позитивного опыта и достижения личных целей растет.

Когнитивная и рационально-эмотивно-поведенческая теории

РЭПТ является формой когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Сегодня КПТ представляет собой одно из самых популярных теоретических направлений среди психологов и психотерапевтов (после эклектической и интегративной психотерапий) (Cook, Biyanova, and Coyne, 2009). Однако когнитивно-поведенческая терапия пишется через дефис. Практически все сторонники когнитивных вмешательств интегрируют их с рассмотренными в этой книге поведенческими вмешательствами. Хотя КПТ остается частью поведенческой терапии, она возникла из нескольких разрозненных традиций психотерапии. Первая традиция родилась в поведенческой терапии, когда практики разочаровались в своих строго поведенческих методах и теориях. Важным событием в продвижении поведенческой терапии к когнитивной стала вышедшая в 1969 году книга Альберта Бандуры «Принципы модификации поведения». В последней главе этой классической работы приведен обзор работ, его и других ученых, о распространенности научения через моделирование. Результаты исследований человеческого научения ставят под сомнение зависимость от обусловливания как основного метода объяснения изменений в поведении и обучении человека. Вслед за книгой Бандуры последовало Махони (Mahoney, 1974), несколько авторитетных публикаций, включая «Когнитивную и поведенческую модификацию», где рассматривается место языка, моделирования и когнитивных факторов в научении и психотерапии. Эти работы по поведенческой психотерапии отразили и ускорили развитие когнитивных моделей в психологии в целом.

В 1976 году Альберт Эллис организовал и финансировал первую конференцию по когнитивно-поведенческой терапии, состоявшуюся в Нью-Йорке, в Институте Альберта Эллиса. На ней присутствовали важные фигуры КПТ: Аарон Бек, Марвин Голдфрид, Майкл Махони, Дональд Мейхенбаум и Джордж Спивак. Один из нас там присутствовал, будучи постдокторантом (Рэймонд Диджузеппе). Эта и следующая конференция, через год, объединили несколько теоретических позиций в термин «КПТ». После конференций начал выходить журнал «Когнитивная терапия и исследования», а его первым редактором стал Майкл Махони (для получения дополнительной информации об истории КПТ и РЭПТ см. Hollon and DiGiuseppe, 2011). РЭПТ была одной из основополагающих и центральных теоретических позиций КПТ. Однако, поскольку Эллис подчеркивал роль определенных видов когниции в эмоциональном нарушении, РЭПТ имеет много отличительных особенностей, уникальных теоретических положений и клинических стратегий.

Теория РЭПТ о психопатологии

Теория РЭПТ утверждает, что когниции – самая важная детерминанта эмоций, однако признает возможность существования более одного пути, ведущего к эмоциональному возбуждению. Это признание многочисленности путей иллюстрируется в ранних работах Альберта Эллиса. В 1974 году Джозеф Вольпе (один из основателей поведенческой терапии) и Эллис вели дебаты о роли когниции в психопатологии и психотерапии в Университете Хофстра. Вольпе выступал первым. Он нарисовал на доске модель человеческой головы, обозначив на ней зрительную систему и слуховые проводящие пути. Он считал, что есть два варианта решения проблем тревоги. Первый вел от ощущений через низкие уровни мозга и гипоталамус к надпочечникам. Этот путь, по его словам, шел через обусловливание, а тревожные состояния эффективно лечили воздействие и систематическая десенсибилизация. Второй путь включал информацию, полученную из ощущений, идущих вверх от ядер таламуса до коры головного мозга и обратно вниз, по таламусу к гипоталамусу. Время реакции этого пути было медленнее и требовало повторного научения ошибочным предположениям и мыслям. Лечение возникших на нем нарушенных эмоций включало проверку и замену беспокоящих идей. Таким образом, Вольпе рассмотрел обусловливающий и когнитивный пути эмоций. Он заявил, что на первый, формируемый обусловливанием путь приходится около 90 % всех тревожных расстройств и когнитивный вариант менее важен.

Затем на трибуну поднялся Эллис. Аудитория ждала, что он бросит вызов Вольпе, поскольку слава Ала в дебатах шла впереди него. Эллис согласился с существованием двух путей, опосредующих эмоциональное расстройство. Один пролегал ниже, был быстрее и являлся результатом обусловливания. Другой – когнитивным, медленным и располагающимся в коре головного мозга. Однако Эллис заявил, что когнитивный путь есть промежуточное звено 90 % эмоциональных нарушений, а обусловливающий – 10 %. Остальная часть дискуссии была связана с компромиссами относительно того, в каких пропорциях можно распределить эмоциональные расстройства по двум путям. Эти дебаты прояснили, что КПТ и РЭПТ существовали в более широком контексте поведенческой терапии. РЭПТ по-прежнему считает, что механизмы психопатологии и механизмы изменений многочисленны; для эффективной терапии часто требуются разные стратегии. Теория дуальности пути, рассмотренная в 1974 году на дебатах Вольпе и Эллиса, остается активной областью изысканий в рамках КПТ (см. Power and Dalgleish, 2008). Некоторые эмоции опосредованы когницией, другие – некогнитивными путями.

Увеличение и снижение количества Рациональных убеждений

Вероятно, люди одновременно придерживаются рациональных убеждений (РВ) и иррациональных убеждений (ИУ) или колеблются между ними. Иногда в кабинете терапевта они сообщают о РВ, но используют ИУ при столкновении с проблемным активирующим событием в реальном мире. В настоящее время мы (Рэймонд Диджузеппе) изучаем соотношение иррациональных и рациональных убеждений; мы обнаружили, что в неклинической выборке среди студентов колледжа участники придерживались рациональных убеждений в 1,66 раза чаще, чем иррациональных. Люди, находящиеся на терапии, как представляется, имеют более высокую долю иррациональных убеждений по отношению к рациональным. Таким образом, нарушение вызывает не только наличие иррациональных убеждений, но и отсутствие уравновешивающих рациональных убеждений. Задача терапии в том, чтобы помочь клиентам отличить РУ от ИУ, а затем попросить их снижать долю иррациональных убеждений и увеличивать долю рациональных. Мы делаем это, подвергая сомнению ИУ, практикуя и отрабатывая более рациональные философии жизни.

Адаптивные (здоровые) и дезадаптивные (нездоровые) эмоции

РЭПТ выделяет нарушенные, дисфункциональные, нездоровые, дезадаптивные отрицательные эмоции и ненарушенные, функциональные, здоровые, адаптивные, мотивирующие, пусть и отрицательные, эмоции. Языки мира отличаются в зависимости от того, делают ли они различие между эмоциями. Культурный контекст важен для понимания того, каким образом в родном языке клиента проводится такое различие. Наличие отрицательных эмоций не является доказательством психопатологии. Переживая активирующее событие (A) и мысля иррационально (B), человек испытывает нарушенные эмоции: тревогу, неконтролируемый гнев, депрессию или вину (C). Подвергая сомнению иррациональное убеждение и заменяя его рациональным (новое B), человек вызывает новые эмоциональные и поведенческие следствия (новые C). Если неприятный активатор все еще присутствует (а так обычно и происходит в жизни клиентов), ***неуместно*** ждать, что человек будет чувствовать себя хорошо или нейтрально после достижения когнитивного изменения. Что можно почувствовать, если вмешательство было успешным, а мысли – рациональными? Ответ: отрицательную, функциональную, мотивирующую эмоцию.

Большинство психотерапевтических концепций рассматривает терапевтическое улучшение как количественный сдвиг в эмоции. Зачастую терапевты просят клиентов оценить свои эмоции по шкале СЕД (субъективных единиц дистресса), разработанной Вольпе (1961, 1990), или дать самостоятельную оценку нарушению эмоционального состояния. Терапия считается успешной, если результаты шкалы СЕД показывают более низкий результат, отражающий снижение выраженности эмоции. Согласно этой модели, эмоции различаются по континууму физиологического возбуждения и феноменологическому опыту.

Эллис (Ellis, 1994; Ellis and DiGiuseppe, 1993) предположил, что эмоции имеют два континуума: первый – для нарушенной эмоции, второй – для ненарушенной. Имея рациональные убеждения, люди на самом деле испытывают качественно иные эмоции, которые могут отличаться интенсивностью. Эмоции, порожденные рациональными убеждениями, остаются в том же разряде эмоций, что и нарушенные. Однако они отличаются по многим аспектам: феноменологическому опыту, социальному выражению, гибкости решения проблем и генерируемому им поведению. Эллис утверждал, что иррациональное мышление ведет к тревоге, депрессии, гневу или вине; соответственно, рациональное мышление приведет к обеспокоенности, грусти, раздражению, сожалению или раскаянию. РЭПТ (DiGiuseppe and Tafrate, 2007) полагает, что клиенты могут научиться адаптивным эмоциональным сценариям, а не только изменить интенсивность своих эмоций. Поэтому терапевты с осторожностью используют слова для описания адаптивных, функциональных эмоций и помогают клиентам выбрать, какие эмоции они могли бы ощущать вместо дезадаптивных, дисфункциональных и нарушенных.

Хорошим примером этого принципа может служить *выраженная*, но адаптивная эмоциональная реакция доктора Мартина Лютера Кинга-младшего на расизм. Его

сильные эмоции привели к приверженности своим взглядам и высокой терпимости к фрустрации, а также к направленности на решение проблем и целеустремленности. Встреть он психотерапевта, который захотел бы помочь ему испытать менее интенсивные эмоции, стал бы мир лучше?

Традиционная модель Вольпе (СЕД)

Функциональная эмоция 0 ------------------------------------ 100 Дисфункциональная эмоция

Модель РЭПТ

Функциональная эмоция 0 -------------------------------- 100

Дисфункциональная эмоция 0 -------------------------------- 100

Пересмотренная модель РЭПТ Драйдена

Функциональная эмоция 0 -------------------------------- 50/75

Дисфункциональная эмоция 0 -------------------------------- 100

Рис. 2.1. Сравнение моделей интенсивности эмоций Вольпе, Эллиса и Драйдена

Драйден (Dryden, 2008) указывал на существование определенной точности в традиционной модели выраженных нарушенных эмоций и в представлении Эллиса о двух отдельных уровнях эмоциональной интенсивности. Он отмечал, что интенсивное возбуждение симпатической нервной системы вызывает когнитивное сужение сознания. Продолжительное возбуждение заставляет сосредотачиваться на вызывающей эмоции теме, а ограниченность сосредоточения снижает способность использовать адаптивное поведение. Вероятно, функциональная, адаптивная эмоция может быть сильной до тех пор, пока вызванное ею возбуждение симпатической системы не приведет к ограниченной концентрации и дисфункциональным реакциям. В пересмотренной модели Драйдена интенсивность эмоций при возбуждении симпатической системы играет свою роль в объяснении нарушенных эмоций. Однако нарушенные эмоции беспокоят человека даже в случае низкой интенсивности. Обоснование этому дает закон Йеркса—Додсона (Yerkes, Dodson, 1908). Высокий уровень возбуждения симпатической нервной системы мешает любому виду деятельности и приводит к дисфункциональному вниманию, решению проблем и адаптивным навыкам работы.

На рис. 2.1 показана традиционная модель эмоций Вольпе, теория Эллиса и их предлагаемый пересмотр Драйденом.

На рис. 2.2 иллюстрируется закон Йеркса—Додсона.

На рис. 2.3 показаны различия модели СЕД Вольпе и модели РЭПТ в виде графика (Backx, 2012).



Рис. 2.2. Кривая Йеркса—Додсона

Согласно РЭПТ, функциональные и дисфункциональные эмоции качественно различаются, что предполагает существование двух разных измерений (функционального и дисфункционального). Эмоционально реагируя на событие, люди смешивают функциональные и дисфункциональные эмоции из одного ряда модальности эмоций (например, грусть и депрессия). Мы можем изобразить это на графике, состоящем из осей X и Y, где X представляет собой интенсивность функциональной эмоции, Y – интенсивность дисфункциональной эмоции. Поскольку РЭПТ утверждает, что функциональные и дисфункциональные эмоции не только сосуществуют, но и независимы друг от друга, можно ожидать оценки их человеком в любом месте по осям X и Y. На рис. 2.3 мы видим набор результатов в виде скопления крестиков. Чем выше оценка по горизонтальной оси, тем более выражена функциональная эмоция, и чем выше оценка по вертикальной оси, тем сильнее дисфункциональная эмоция.

Следуя вмешательствам терапевта, использующего модель Вольпа, мы ожидаем снижение всех результатов в сторону нулевой отметки, насколько возможно и как показано изогнутой стрелкой. Поскольку расхождения между функциональными и дисфункциональными эмоциями нет, снижается количество обеих.

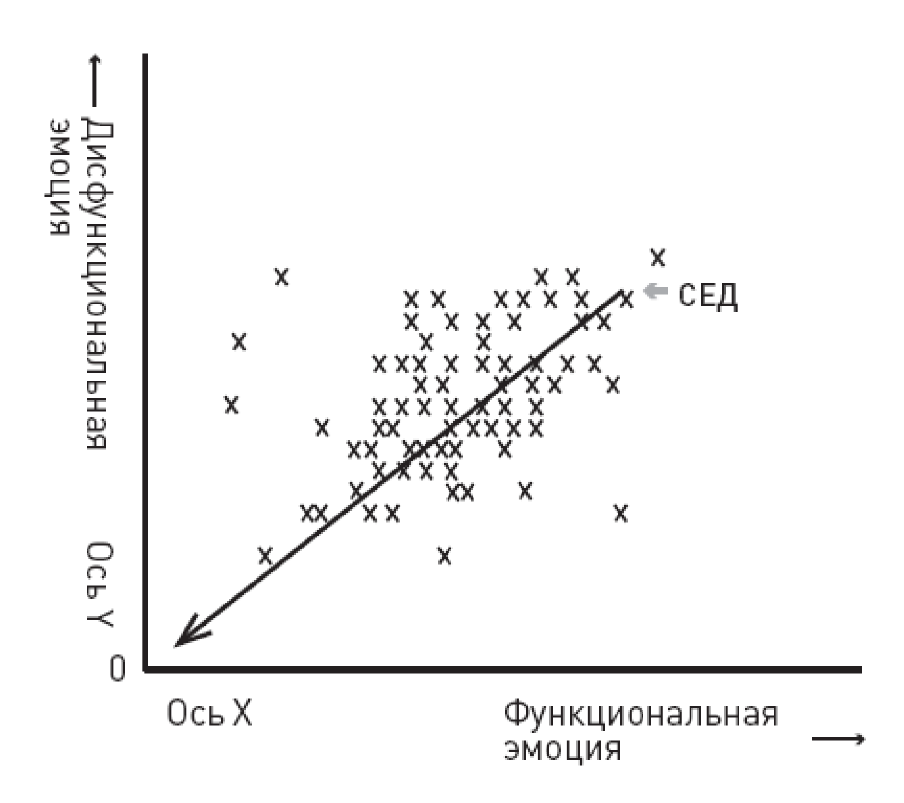


Рис. 2.3. Набор отрицательных эмоций и направление их изменения в соответствии с не-РЭПТ-подходами, то есть **количественное** изменение

При вмешательстве в соответствии с моделью РЭПТ уменьшаться будут только дисфункциональные эмоции, что приведет к появлению стрелки на рис. 2.4.

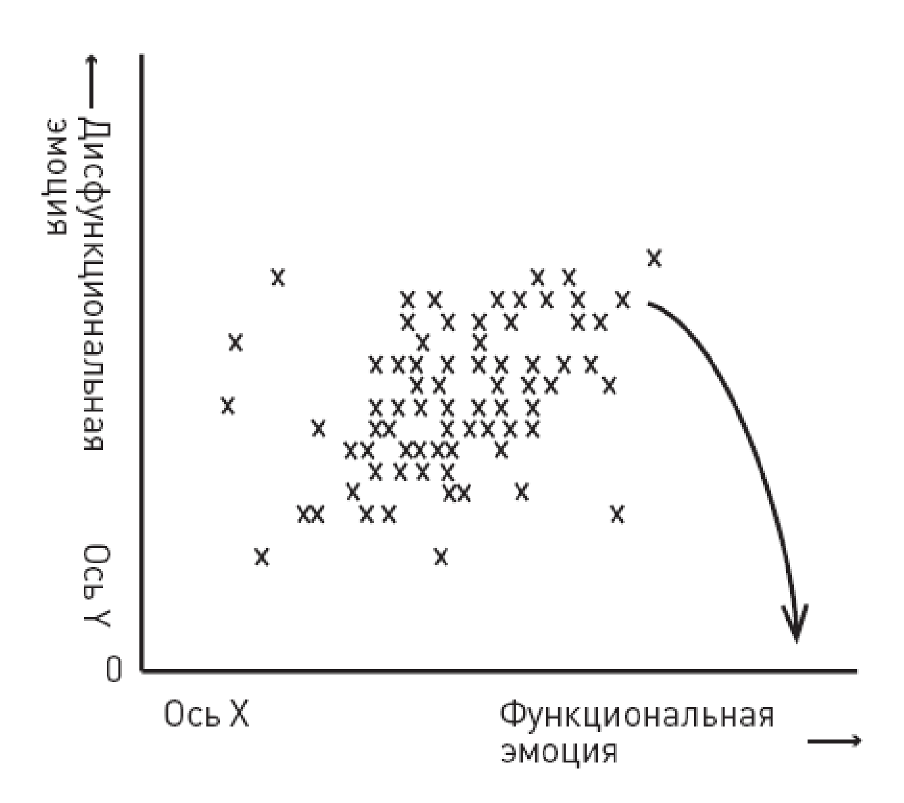


Рис. 2.4. Набор отрицательных эмоций и направление их изменения в соответствии с РЭПТ, то есть **качественное** изменение

Этот график также объясняет, почему неверно полагать, будто РЭПТ пытается устранить эмоции. Как только результат сдвигается в указанном стрелкой направлении, дисфункциональные эмоции снижаются, но функциональные эмоции еще могут быть выраженными. Каждый результат допустимо рассматривать как вектор, имеющий длину и направление. Его направление – это соотношение между функциональными и дисфункциональными эмоциями, то есть качество и продолжительность выраженности эмоции. Мы меняем лишь направление (качество), а не длину (количество) вектора.

Уровни когниций и нарушений

РЭПТ постулирует, что с эмоциональным возбуждением связаны как минимум три уровня когниций (представлены на рис. 2.5). Некоторые мысли возникают в потоке сознания. Другие скрыты, не выражены и неуловимы; они могут даже быть неосознанными. Третьи носят *схематичный* характер. Первый уровень когниций находится в потоке сознания, они *инферентны* (*дедуктивны*) по своей природе. *Инферентные* (дедуктивные) когниции отражают наше восприятие реальности и сделанные на его основе выводы.



Рис. 2.5. Три уровня когниций, влияющих на эмоциональное нарушение

Предположим, вы идете по улице и видите приближающегося коллегу на другой стороне улицы. Вы машете ему рукой в знак приветствия, но вам не отвечают взаимностью. Из этого события можно заключить, что коллега увидел вас, но решил не здороваться. Вы можете пойти дальше и сделать вывод, что отсутствие приветствия имеет какое-то отношение к вам: вероятно, коллега расстроен из-за вас или зол, либо вы ему не нравитесь, либо вы не нравитесь никому на работе. Многие из данных когниций могут быть ошибочными выводами, принимающими форму негативных автоматических мыслей, ошибочных предположений, глобальных фиксированных внутренних атрибуций. Выводы можно проверить эмпирическим

путем для определения их соответствия действительности. Многие из этих инферентных (дедуктивных) когнитивных конструктов связаны с эмоциональными нарушениями и психопатологией (Beck, 2005).

Выводы или негативные автоматические мысли переживаются на сознательном уровне и легко проверяются на предмет соответствия эмпирической реальности. Оценочные когниции – это иррациональные убеждения, производные более серьезных императивных требований. Императивные требования – мысли о том, какой следует быть реальности. Они чем-то напоминают схему: люди мысленно создают мир таким, каким хочется его видеть.

Рассмотрим некоторые примеры. Предположим, вы собираетесь произнести речь перед группой коллег и испытываете сильную тревогу. Вы видите, как один из них зевает, а несколько других отвлекаются на посторонние вещи. Из этого вы делаете выводы: «Возможно, им не нравится то, что мне предстоит сказать. Они считают меня скучным». Эти убеждения могут быть истинными или ошибочными, но в центре внимания РЭПТ находится *оценка их возможной истинности*. Согласно РЭПТ, негативной автоматической мысли («Им не нравится то, что мне предстоит сказать») или убеждения в своей безуспешности («Я их утомляю») не обязательно достаточно для непосредственного вызова эмоционального нарушения, а нарушение возникает при оценивании этих выводов как *ужаса*.

Более серьезные оценочные убеждения могут быть примерно такими:

- «Я должен угодить им и заслужить их одобрение».
- «Если я их утомляю, я – бесполезный, скучный человек».
- «Ужасно, что люди считают мои выступления скучными!»

При экспериментальной проверке этого процесса Драйден, Фергюсон и Мактиг (Dryden, Ferguson, and McTeague, 1989) попросили испытуемых повторять одну из двух установок:

- «Я ни в коем случае не должен видеть паука, и будет ужасно, если я его увижу».
- «Я действительно не хочу видеть паука, но если увижу, это не будет ужасно».

Испытуемых просили представить, что они собираются войти в комнату, где сидит по крайней мере один паук. Мысленно представив себе эту сцену, испытуемые отвечали на вопросы:

- «Сколько пауков в комнате?»
- «Насколько они большие?»
- «В каком направлении они ползут?»

Результаты показали, что испытуемые, повторявшие «долженствование» («Я ни в коем случае не должен видеть паука, и будет ужасно, если я его увижу»), видели большее количество пауков и то, как те ползут по направлению к ним, а не случайным образом перемещаются по комнате, и представили себе их размер большим, чем испытуемые в другой группе. «Долженствование» повлияло на воображаемое восприятие.

Разграничение инферентных, оценочных и императивных/схематичных когниций отличает РЭПТ от других когнитивных методов лечения. РЭПТ-терапевт признает важность инферентных процессов и использует разные стратегии для модификации нарушенных когниций, но оценочные и императивные/схематичные когниции являются ключом к пониманию психологических нарушений. Таким

образом, даже думая, что вас не любит жена, или что вы никогда не научитесь конкретным вещам, или что вам не хватает успешности в определенных областях, вы все равно можете защитить себя от чрезмерной эмоциональной боли по поводу печальных реалий, если будете думать о них рационально и откажетесь от требования, что *должны* обладать любовью супруга или быть успешным.

РЭПТ признает, что инферентные когниции связаны с патологией, но не верит в их приоритетность. Данные когниции второго уровня в основном носят *оценочный* характер. Такие мысли ближе или более целенаправленны по отношению к эмоциональным нарушениям, потому что определяют важность выводов. На языке РЭПТ эти когниции второго уровня являются производными иррациональных убеждений и делятся на три категории: катастрофизацию, непереносимость фрустрации (НФ) и глобальные оценки человеческой ценности. Данные три типа убеждений определяют вредность вывода, оценку способности человека справляться с ситуацией или переносить ее либо ценность участников ситуации. Мы называем их производными, так как они психологически выводятся из более первостепенных иррациональных убеждений (подробно мы поговорим об этом в главе 9).

Третий уровень когниций включает напоминающие схему требования. Люди мысленно создают мир таким, каким им хочется его видеть. Эллис рассмотрел три типа *долженствования* (Ellis, 1994; Эллис и Драйден;[15] Эллис и Макларен[16]):

- Я должен…
- Ты должен…
- Мир должен…

Когнитивные механизмы эмоционального нарушения

Когнитивное оценивание, отличное от иррациональных убеждений

Теория РЭПТ гласит, что иррациональные убеждения приводят к дисфункциональным эмоциям, а рациональные убеждения – к функциональным эмоциям. Иррациональные убеждения провоцируют все дисфункциональные эмоции, включая депрессию, тревогу, стыд, вину и неконтролируемый гнев. Соответствующие рациональные убеждения – грусть, разочарование, обеспокоенность, опасения, сожаления и функциональный гнев. Предположим, три клиента ожидают, что будут отвергнуты окружающими, и каждый из них придерживается иррационального убеждения в том, что другие люди *должны* их принять, а также испытывает одну из трех дисфункциональных эмоций (гнев, тревогу и депрессию). Теория РЭПТ объясняет, почему они испытывают дисфункциональные эмоции, но не раскрывает причину, по которой каждый клиент испытывает *свою* дисфункциональную эмоцию.

Дэвид и его коллеги (David, Schnur, Belloiu, 2002) решили эту проблему. Они указали на то, что рассмотренные Лазарусом (Lazarus, 1991) типы оценивания определяют, испытывает ли человек эмоцию из одного из основных разрядов эмоций (например, депрессия-грусть, тревога-обеспокоенность, гнев-раздражение или вина-раскаяние). Согласно теории оценивания, возбуждение эмоций вызывают два типа оценивания (Folkman and Lazarus, 1991; Lazarus, 1991; Smith and Lazarus, 2001). Сталкиваясь с ситуацией, люди думают о достижении некоей цели. Термины «оценивание» или «оценочные когниции» используются для определения того, как представления о контактах с окружающими обрабатываются с точки зрения их значимости для достижения личных целей и благополучия. Первичные и вторичные процессы оценивания вызывают эмоции. Первым фактором, влияющим на эмоциональное возбуждение, является результат оценивания ситуации или взаимодействия как вредного, выгодного, угрожающего или вызывающего сомнения. Аспектами *первичного оценивания* являются *мотивационная релевантность* и *мотивационная конгруэнтность*. Мотивационная релевантность – оценка степени, в которой человеческий контакт имеет отношение к личным целям, мотивационная конгруэнтность относится к степени, до которой контакт с ними согласуется.

Присутствие иррациональных или рациональных убеждений определяет, является испытываемая человеком эмоция дисфункциональной или функциональной в созданном оцениванием разряде эмоций. Поэтому рассмотренное Лазарусом оценивание будет определять, испытывал человек эмоцию из разряда раскаяния или из разряда грусти. Если бы такое оценивание приводило к эмоции из разряда грусти, мышление с использованием рациональных убеждений вело бы к грусти, в то время как мышление с использованием иррациональных убеждений – к депрессии.

Подводя итог, можно сказать, что когнитивное оценивание определяет, будет ли человек испытывать эмоции из одного из основных разрядов эмоций. Наличие

рациональных или иррациональных убеждений влияет на то, испытывает ли он функциональную или дисфункциональную эмоцию из данного разряда.

Предположим, ваш возлюбленный оставил вас ради кого-то другого. Вы можете испытать эмоцию из разряда грусти, мыслить с использованием рациональных убеждений, таких как:

1. Рациональные предпочтения: «Это большая потеря, и я буду сильно скучать по своему возлюбленному, но такие вещи происходят с людьми все время».

2. Рациональная мысль без катастрофизации: «Хотя это и плохо, но не конец света. Я справлюсь в силу своих возможностей».

3. Рациональные убеждения в стиле переносимости фрустрации: «Мне не нравится такая ситуация, но я смогу вынести потерю и переживу ее».

4. Рациональные убеждения в стиле самопринятия: «Я посмотрю, не сделал ли я чего-то, вызвавшего разрыв отношений, и постараюсь исправить ситуацию, но из-за расставания я не становлюсь никчемным человеком».

5. Рациональные убеждения в стиле принятия других: «Мой партнер причинил мне боль, но это не делает его достойным осуждения».

Такие мысли могут привести к грусти, разочарованию и скорби.

С другой стороны, вы можете размышлять, используя иррациональные убеждения:

1. В стиле требовательности: «Этого не должно было случиться. Он не имеет права и не должен оставлять меня».

2. В стиле катастрофизации: «Это худшее из того, что могло со мной случиться».

3. В стиле непереносимости фрустрации: «Я просто не могу это пережить. Я не могу вынести существование без любимого человека».

4. В стиле самоуничижения: «Это должно значить, что я никчемный и не достойный любви человек».

5. В стиле унижения других: «Мой партнер все время меня обманывал, он – подлый человек».

Такие мысли могут привести к тревоге, депрессии, а последние убеждения в стиле унижения других – к гневу.

Вероятно, точнее называть иррациональные убеждения иррациональными схемами или императивными убеждениями. РЭПТ трактует иррациональные убеждения как *скрытые, неосознанные*, универсальные схемы, действующие на многих уровнях. Иррациональные схемы – это наборы ожиданий относительно того, каким является мир и каким ему следует быть, и что хорошего или плохого в том, что есть, а также чему следует быть. Иррациональные убеждения имеют те же характеристики, что и ригидные, неточные схемы (DiGiuseppe, 1986, 1996; David, Freeman, and DiGiuseppe, 2009; Ellis, 1996; Szentagotai, Schnur, DiGiuseppe, Macavei, Kallay, and David, 2005). Схемы помогают людям организовать свой мир, влияя на:

1) информацию, к которой обращается человек;

2) восприятие, которое он может вынести из ощущений;

3) выводы или автоматические мысли, которые можно получить из воспринимаемых ощущений;

4) убеждение в способности выполнять задачи;

5) оценки реального или воспринимаемого мира;

6) вероятные решения человеком проблем.

Иррациональные убеждения (схемы) влияют на иные гипотетические когнитивные конструкты, упоминающиеся в других формах когнитивно-поведенческой терапии, такие как восприятие, выводы или автоматические мысли, а также каузальные атрибуции. На рис. 2.5 показано, как иррациональные убеждения связаны с другими когнитивными конструктами и эмоциональными нарушениями. Модель предполагает, что направленные на уровень иррациональных убеждений (схем) вмешательства изменят другие типы когниций и эмоциональное расстройство. Она также предполагает, что вмешательства, направленные на другие когнитивные процессы, могут, но не обязательно, влиять на иррациональную схему.

Определение иррациональных и рациональных убеждений

Молтсби (Maultsby, 1975) – один из первых учеников Эллиса – выделил три критерия, по которым убеждения относятся к иррациональным. Иррациональное убеждение является алогичным, не совместимым с эмпирической реальностью или с достижением долгосрочных целей. Эти критерии аналогичны тем, что предложил использовать для оценки теорий историк науки Томас Кун.[17] Ученые отказываются от теорий, так как они логически непоследовательны, не способны на эмпирические прогнозы и не имеют эвристической ценности или функциональной значимости (то есть не могут решать проблемы).

Большинство определений иррациональных убеждений сходны с определением Молтсби, но мы хотим сосредоточиться на главенстве *долженствований*. Один из нас (Уоутер Бакс) предложил определить иррациональное убеждение как когнитивное выражение нежелания принять нежелательный результат реальности, связанный со страстным стремлением достичь чего-то позитивного или заблокировать что-то негативное. Иррациональное убеждение – это требование к реальности, пытающееся отменить отрицательный результат. Как правило, убеждения формулируются в «долженствования», «следования» и «обязанности». Рациональное убеждение – это когнитивное выражение базовой готовности принять нежелательный результат реальности, связанный со страстным стремлением чего-то достичь или заблокировать независимо от того, насколько оно отклоняется от того, что хочет человек, и от того, насколько сильно его желание.

Хорошей метафорой для иррациональности, согласно РЭПТ, является следующая ситуация. Один из нас обедал в доме родной сестры и зятя. В это время их двухлетнему ребенку впервые дали индонезийскую еду (наси), которую тот отказался есть. Мы заключили с ним сделку: если он съест наси, получит свой любимый десерт – мороженое. Ребенок все съел, мы дали ему мороженое, однако он отказался его есть. Мы недоумевали. Почему малыш не хотел есть мороженое? Оказалось, что он держал наси во рту и не проглатывал, считая, что ему ***не следует*** его есть. Ребенок не мог наслаждаться мороженым, так как держал нежелательную еду во рту, там, где она наносила ему больший вред – у вкусовых рецепторов. Данный пример показывает, что требование отличия реальности от действительности и отказ воспринимать ее такой, как она есть, усиливают страдания.

Исходя из наших определений иррациональное убеждение имеет следующие характеристики:

1. Оно абсолютное, дихотомическое, ригидное и непреклонное.
2. Оно алогичное.
3. Оно не соответствует реальности.
4. Оно не помогает достичь цели.
5. Оно ведет к нездоровым/дисфункциональным эмоциям.

Следовательно, характеристики рационального убеждения противоположны:

1. Оно гибкое. Рациональное мышление признает, что кроме черного и белого существует много разных оттенков.

2. Оно логичное.

3. Оно соответствует реальности.

4. Оно полезно для достижения цели.

5. Оно приводит к здоровым, функциональным эмоциям, даже когда человек сталкивается с негативными событиями.

Виды иррациональных убеждений

Когда читатель глубже познакомится с литературой о РЭПТ и прочтет первые книги по теме, он заметит эволюцию понятия «иррациональные убеждения». Первоначально Эллис предложил тринадцать разных иррациональных убеждений (Ellis, 1962; Ellis and Harper, 1975), не зависимых от конструктов других когнитивных теорий и не имевших никакого деления по структуре или категориям. Некоторые из них были фактическими ошибками, в то время как другие – требованиями, катастрофизацией, осуждением себя и других или отражением непереносимости фрустрации. Впоследствии несколько авторов (Bernard and DiGiuseppe, 1989; Burgess, 1990; Campbell, 1985; Ellis, 1994; Эллис и Драйден[18]) разделили тринадцать оригинальных иррациональных убеждений на пять типов: требовательность, катастрофизация, непереносимость фрустрации, осуждение себя и осуждение других.

Активирующее событие может сгенерировать работу до пяти иррациональных убеждений, требования и одного или несколько из четырех производных. Теория гласит, что требовательность или абсолютистское, ригидное следование идее является основой эмоционального нарушения и что другие типы иррационального мышления в меньшей мере основополагающие и с психологической точки зрения выводятся или создаются из требовательности. Ниже мы рассмотрим каждое иррациональное убеждение и объясним, что делает его иррациональным.

Требовательность – это нереальное, абсолютное ожидание того, что события или люди будут такими, какими их хочется видеть человеку.

Катастрофизация – преувеличение негативных следствий ситуации до крайней степени, когда неудача становится «ужасной».

Непереносимость фрустрации (НФ) обусловлена требованиями легкости существования и комфорта и отражает непереносимость дискомфорта.

Глобальные оценки человеческой ценности, своей и окружающих, подразумевают, что людей можно оценивать и что некоторые люди никчемны или по крайней мере менее ценны, чем другие.

Данная модель иррациональных убеждений представлена в табл. 2.1. По горизонтали даны пять основных типов иррациональных процессов, по вертикали – темы, о которых человек размышляет иррационально. Таблица привела к нескольким гипотезам об иррациональных убеждениях, участвующих в конкретных расстройствах. Например, иррациональная оценка себя может играть главную роль в депрессии, непереносимость дискомфорта считается важной при агорафобии (Burgess, 1990), а непереносимость фрустрации часто рассматривается как решающий фактор для зависимого поведения (DiGiuseppe and McInerney, 1991).

Блок 2.1

Найдите минутку, чтобы воскресить в памяти клиентов, с которыми вы сейчас работаете. Напишите имя каждого и существующую проблему. Затем попытайтесь выяснить, в какую ячейку таблицы попадает его мышление. Это может быть

иррациональная требовательность из-за комфорта или справедливости, непереносимость фрустрации из-за комфорта и т. д.

Клинический опыт дает основание полагать, что содержание таблицы может быть расширено для включения фактора *контроля* (тем самым расширяя модель).

«Требовательность» во взаимодействии с «контролем» может привести к такой структуре убеждений, как: «Я должен полностью контролировать свой брак, чтобы чувствовать себя в безопасности»; «Я не в состоянии вынести, когда происходят вещи, которые я не могу контролировать» («непереносимость фрустрации» и «контроль»); «Думаю, что я никчемен как человек, когда не могу контролировать ситуацию» («оценка ценности» и «контроль») и «Ужасно, когда ситуация выходит из-под моего контроля» («катастрофизация» и «контроль»).

Таблица 2.1. Модель иррациональных убеждений

		Иррациональный процесс				
		требовательность	**непереносимость фрустрации**	**катастрофизация**	**оценка собственной ценности**	**оценка ценности других**
Содержание убеждения	Социальные отношения	Требовательность из-за аффилиации	НФ из-за аффилиации	Катастрофизация из-за аффилиации	Осуждение себя из-за аффилиации	Осуждение других из-за аффилиации
	Достижения	Требовательность из-за достижений	НФ из-за достижений	Катастрофизация из-за достижений	Осуждение себя из-за достижений	Осуждение других из-за достижений
	Комфорт	Требовательность из-за комфорта	НФ из-за комфорта	Катастрофизация из-за комфорта	Осуждение себя из-за комфорта	Осуждение других из-за комфорта
	Справедливость	Требовательность из-за справедливости	НФ из-за справедливости	Катастрофизация из-за справедливости	Осуждение себя из-за справедливости	Осуждение других из-за справедливости

Требовательность в отношении того, каким образом активирующему событию следует или не следует быть, является основой эмоционального нарушения, катастрофизация, непереносимость фрустрации или осуждение себя либо других считаются производными. Эти психологические конструкты исходили из требования человека и влияли на тип его эмоционального опыта. Данная модель имеет несколько клинических проявлений. Во-первых, важно обратиться к требовательности клиента, и менее важно обратиться к производным иррациональным убеждениям. К тому же, если требования были главными убеждениями, производные иррациональные убеждения менялись с момента изменения клиентом степени своей требовательности. Соответственно, для клиницистов важнее поставить под сомнение требовательные убеждения и помочь клиенту освоиться с их более рациональной заменой, чем оспаривать и заменять производные убеждения. Большая часть литературы по РЭПТ сосредоточена на изменении степени требовательности.

Взаимосвязи иррациональных убеждений

В настоящее время сторонники КПТ ведут дебаты относительно взаимосвязи иррациональных убеждений. Это важно, потому что занимаемая терапевтом позиция способна повлиять на то, какое из иррациональных убеждений станет первоочередной целью терапии. Рассмотрим каждую позицию и ее клинические проявления.

Эллис[19] утверждал, что требования являются основными иррациональными убеждениями и что такие ИВ, как катастрофизация, непереносимость фрустрации и глобальные оценки себя или других, вытекают из **долженствований**. Данная модель представлена на рис. 2.6.

А. Бек[20] и Дж. Бек[21] (Beck, 1995) предположили, что требовательность играет менее важную роль в психопатологии, и утверждали, будто она является медиатором для других иррациональных убеждений. Эта модель представлена на рис. 2.7.

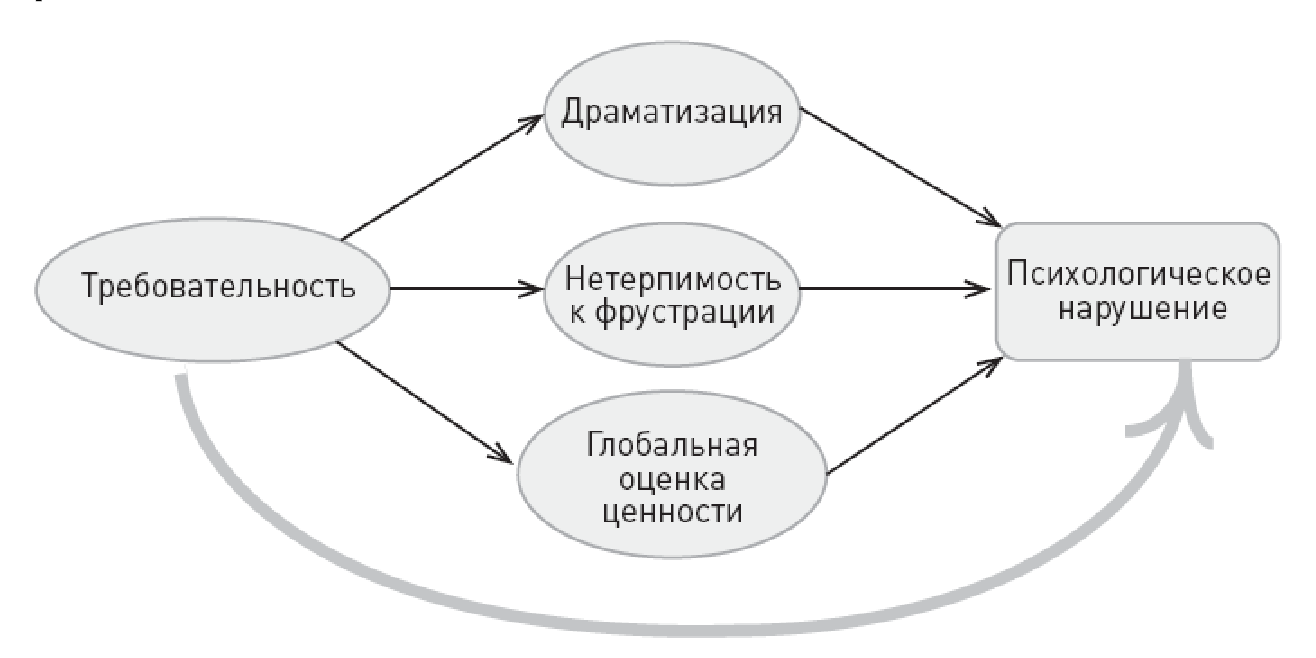


Рис. 2.6. Модель 1. Модель Эллиса: требовательность как основа нарушения



Рис. 2.7. Модель 2. Модель А. Бека: требовательность как медиатор

В этой модели оценочные убеждения являются более важными и кажутся производящими убеждения требовательности. Если модель Бека верна и требовательность служит только медиатором, требовательные убеждения будут менее важны в терапии в качестве целей для оценки и вмешательства.

Диджузеппе (DiGiuseppe, 1996) приводил доводы в пользу того, что, поскольку теории РЭПТ не хватало эмпирической поддержки гипотез о первостепенности требований, до ее появления терапевтам лучше работать с клиентами, полагая, что их иррациональные убеждения не зависят друг от друга. Это значит, что терапевт будет оценивать когниции на уровнях 2 и 3 и нацеливаться в своей работе на уровень, о котором сообщает клиент, рассказывая о сложившейся ситуации. Данная модель приведена на рис. 2.8.



Рис. 2.8. Модель 3. Модель Диджузеппе: независимость иррациональных убеждений

Какие есть данные для объявления первостепенности требовательности? Бернард (Bernard, 1993) и Диджузеппе, Лиф, Экснер и Робин (DiGiuseppe, Leaf, Exner, and Robin, 1988), выполнив факторный анализ и проведя психометрические исследования, обнаружили, что требовательность, драматизация и нетерпимость к фрустрации связаны с одним фактором, а глобальное самоосуждение – с другим. Эллис (1996) разрешил эту проблему, сказав, что трудно измерить истинный характер и степень требовательности с помощью обычных самоотчетов. ИУ требовательности могут быть недоступны для сознательных процессов. Эллис указывал на то, что требовательность косвенным образом искажает наши реакции, и это может проявиться только во время клинического интервью или при более чувствительных косвенных измерениях. Идея Эллиса не нова и согласуется как с теорией когнитивной психологии, так и с исследованием неосознанных процессов, продемонстрировавших косвенное влияние когниций на поведение (Wegner and Smart, 1997), а также с литературой по психологическим схемам, показывающей, как трудно описать глубинную структуру схемы словами (Anderson, 1990).

Сентаготаи, Шнур, Диджузеппе, Макавей, Каллаи и Дэвид (Szentagotai, Schnur, DiGiuseppe, Macavei, Kallay, and David, 2005) изучили влияние приверженности иррациональных убеждений на вызов воспоминания как способа показать, действуют ли они в качестве глубинной схемы. Ученые обнаружили, что требовательность и глобальная оценка (самоуничижение), видимо, организованы в виде схем. Катастрофизация и непереносимость фрустрации больше похожи на оценивание. Кроме того, требовательность выглядит тесно связанной с другими

иррациональными убеждениями, и это подтверждает гипотезу РЭПТ о ее первостепенности. Другие исследования выявили, что катастрофизация, непереносимость фрустрации и глобальные самооценки опосредуют взаимовлияние требовательности и эмоционального нарушения, опять-таки поддерживая первостепенность требовательности (David, 2006; DiLorenzo, David, & Montgomery, 2007; Szentagotai, 2005). Эти результаты обеспечивают некоторую поддержку идее о том, что все иррациональные убеждения происходят из требовательности.

Однако не все исследования в данной области подтверждают первостепенность требовательности. Недавно Агиургиоай-Бойе и Диджузеппе (Agiurgioaei-Boie, Agiurgioaei-Boie, and DiGiuseppe, 2011) исследовали связь между разными иррациональными убеждениями и эмоциональным нарушением в двух странах – США и Румынии. Они обнаружили наличие различных связей иррациональных убеждений, характерных для каждой страны. Говоря конкретнее, в американской выборке дистресс, видимо, был тесно связан с катастрофизацией, требовательностью и самоуничижением (глобальной оценкой). С другой стороны, для румынской выборки главными связанными с дистрессом иррациональными убеждениями выступали непереносимость фрустрации и самоуничижение (глобальная оценка), а не требовательность.

На момент написания этой книги у нас отсутствуют научные данные о том, что выбор целью терапии требовательности клиента является более эффективным, чем выбор производных. Кроме того, у нас нет доказательств того, что нацеленная лишь на требовательность терапия даст положительные изменения производных. Каковы последствия отсутствия научного консенсуса для первостепенности требовательности? Мы считаем, что практикам лучше следовать теории и «слегка» ее придерживаться. Это значит, что практики могут исследовать наличие требований, если имеют место эмоциональные нарушения клиента и желание нацелиться на требовательность. Однако клиницисту рекомендуется быть открытым для направления, согласно которому более важным путем к эмоциональному нарушению конкретного клиента может стать одна из производных. Мы также считаем, что требовательность может быть первостепенной, а производные убеждения – независимыми и сохраняющимися даже в случае изменения клиентом степени своей требовательности. Теоретик черт личности Гордон Олпорт (Allport, 1937) ввел термин «функциональная автономия» для описания феномена психологических конструктов, становящихся независимыми от первоначальных причин возникновения. Достаточное количество повторений мысли, мотива или эмоции способно привести к тому, что они перестанут требовать вызвавшей их оригинальной мысли, мотива или эмоции. Думаем, то же самое может случиться и с производными.

Почему люди иррациональны

Если, как было сказано выше, придерживаться иррациональных идей саморазрушительно, почему мы так поступаем? Здесь играет роль ряд факторов. Во-первых, тенденцию усиливают общие культурные стереотипы в нашем языке, сказках и песнях. Например, обзор популярной музыки показал, что 82 % песен в стиле кантри и рок выражают иррациональную философию (Protinsky and Popp, 1978). Во-вторых, будучи иррациональным, можно получать что-то вроде эмоциональной встряски.

Вспомните о мальчике, который заливается горючими слезами из-за того, что его не взяли в команду, или о девушке, которую не пригласили на танец. Искажение и преувеличение могут быть возбуждающими и, конечно, способны привлечь внимание или сочувствие окружающих.

Другой способ взглянуть на данный вопрос заключается в том, что иррационально мыслящие люди получают краткосрочные преимущества.

Считая себя никчемным, человек обретает моральное право не предпринимать усилий для достижения своих целей (Back, 2012). Однако главную причину, по которой люди иррациональны, вероятно, назвал

Эллис (Ellis, 1976a), указавший на то, что почти каждый человек иногда думает иррационально – это присуще нашей природе. Как ни странно, последнее объяснение иррациональности с клинической точки зрения может быть весьма утешительным. Такой вариант, похоже, работает, так как меняет атрибуцию и позволяет клиентам перестать обвинять себя в своих иррациональных убеждениях.

Отличительные особенности теории РЭПТ

Хотя РЭПТ имеет достаточно общих черт с другими формами КПТ, многие ее аспекты отличаются. Среди них:

1. *Позиция РЭПТ относительно человеческой природы*. Согласно терапии, люди по своей природе рациональны и иррациональны, способны усилить ту или иную предрасположенность постоянным повторением. Эмоциональное нарушение может быть обусловлено биологически или генетически.

2. *Отличительная модель ABC*. РЭПТ выделяет несколько типов убеждений, восприятия внешних событий, выводов о них, производные иррациональные убеждения и требовательные убеждения.

3. *Ригидность в основе психологического нарушения*. РЭПТ гласит, что в основе эмоционального нарушения лежит ригидное мышление.

4. *Гибкость в основе психологического здоровья*. РЭПТ полагает, что гибкость является отличительной чертой психологической адаптации.

5. *Экстремальные убеждения происходят из ригидных убеждений*. Являющиеся крайностями когнитивные ошибки в отношении мира с психологической точки зрения создаются ригидными убеждениями.

6. *Неэкстремальные убеждения происходят из гибких убеждений*. Адаптивные, точные, неэкстремальные убеждения в отношении мира являются результатом гибкого мышления.

7. *Различия между нездоровыми отрицательными эмоциями (НОЭ) и здоровыми отрицательными эмоциями (ЗОЭ)*. РЭПТ выделяет нездоровые, нарушенные и дисфункциональные эмоциональные реакции, а также здоровые, адаптивные и функциональные эмоции. Целью терапии является сокращение НОЭ и их замена на ЗОЭ.

8. *Объяснение причин, по которым выводы клиентов сильно искажены*. Выводы делаются из нашей базовой схемы. При использовании ригидной, требовательной схемы человек будет вырабатывать искаженные представления, атрибуции и умозаключения.

9. *Место человеческой ценности*. РЭПТ утверждает, что самоуважение и глобальные оценки человеческой ценности дисфункциональны и ведут к эмоциональным нарушениям. Если можно поставить себя выше других, значит, можно оценить себя и как менее значимого в сравнении с ними. РЭПТ провозглашает безусловное самопринятие.

10. *Разница между эго, иррациональными требованиями эмоционального или физического комфорта и здоровьем*.

11. *Сосредоточение на метаэмоциональном нарушении*. РЭПТ постулирует: люди могут придерживаться иррациональных мыслей относительно своих нарушенных эмоций, что, в свою очередь, вызывает рост числа последних. Метаэмоциональные нарушения отвлекают человека от размышлений о мыслях, приводящих к изначально нарушенным эмоциям. Поэтому терапия предпочтительно сосредотачивает внимание на метаэмоциональном нарушении.

12. *Конструктивизм на основе выбора и противостояние общественному мнению*.

Основное заблуждение

Теперь мы хотели бы развеять общее заблуждение о РЭПТ: «рациональный» не значит «неэмоциональный». Теория РЭПТ не говорит об устранении всех эмоций, а утверждает, что необязательно чувствовать себя *ужасно* расстроенным или обеспокоенным. Рациональное убеждение о негативном активирующем событии все равно приведет к отрицательной эмоции. Рациональные мысли приводят к негативным функциональным эмоциям, а иррациональные убеждения – к негативным дисфункциональным эмоциям. Даже мысля рационально, человек может испытывать неприятные отрицательные эмоции, причем сильные. Разница между следствиями рационального и иррационального мышления отражается не столько в наличии или отсутствии негативного аффекта, сколько в *способности адаптироваться* к нему (см. рис. 2.4). Если расстройство эмоциональной сферы блокирует конструктивное действие, оно разрушительно и неадаптивно для человека.

Эмоции – важные мотиваторы поведения и его изменений. У людей, не испытывающих эмоций либо испытывающих чересчур сильные эмоции, утрачивается поведенческая эффективность. Например, крайне тревожный ученик может плохо написать контрольную, а ученик с отсутствием волнения – не получить мотивации учиться и будет делать это плохо. Таким образом, мы различаем *эмоциональное расстройство* и наличие отрицательных (даже крайне отрицательных) эмоций, отличия которых подробно рассмотрим в главе 8.

Блок 2.2

Один из аргументов, выдвинутых критиками рационально-эмотивно-поведенческой теории, заключается в том, что при отсутствии у людей веры в «ужасность» событий не будет мотивации их изменить. Однако «рациональность» не означает пассивное принятие событий. Существует два основных вида событий: те, которые мы способны изменить, и те, которые изменить не можем. Принятие неудачной реальности и не слишком сильное расстройство из-за нее помогает признавать, что реальность существует, она неприятна, и было бы иррационально требовать или настаивать на том, что ей не следовало происходить и что мы попытаемся изменить ее, если сможем. Можно, конечно, быть бдительными, пытаясь предотвратить повторение аналогичных событий. Однако, расстраиваясь, мы не решим проблемы и не сможем успешно работать над изменением окружающей среды.

Таким образом, главные принципы теории РЭПТ выглядят следующим образом:

1. Когнитивная сфера является наиболее важной, хотя не единственной детерминантой эмоции.

2. Иррациональное мышление часто приводит к дисфункциональным эмоциональным состояниям. Наиболее эффективный способ снизить эмоциональный дистресс – изменить свое мышление.

3. В нас живет естественная тенденция иррационально мыслить и расстраивать себя, что подкрепляется окружающей средой.

4. Мы утверждаем эмоциональный дистресс постоянным повторением своих иррациональных убеждений.

5. Изменить иррациональные убеждения не всегда легко, вероятно, потребуются настойчивая работа и практика.

6. Рациональное мышление ведет к снижению частоты, интенсивности и продолжительности эмоционального нарушения, а не к плоскому аффекту или отсутствию эмоций.

В следующей главе мы обсудим каждое иррациональное убеждение и выясним, откуда берется иррациональность. Эта информация поможет понять теорию РЭПТ и заложить основу для клинической оценки и вмешательства.

Глава 3

Иррациональные и рациональные убеждения

В предыдущей главе мы обсудили главные теоретические аспекты РЭПТ. В этой главе постараемся выяснить, почему каждое из четырех иррациональных убеждений является таковым и почему соответствующие им рациональные убеждения представляют собой более адаптивную стратегию. Начнем с основного иррационального убеждения требовательности, а затем обсудим его производные.

Требовательность

Как мы обсуждали в главе 2, более важными для эмоционального нарушения являются императивные убеждения, отражающие команды, согласно которым Вселенная должна поступать определенным образом. Оксфордский словарь английского языка (2011) определяет *императив* как «признак предмета, имеющий качество или свойство приказа; по своей природе характеризующийся или выражающий команду; приказание; повеление». Именно эту идею Эллис использовал при описании требований. *Требования* отражают нереалистичные и категоричные ожидания событий или людей, они зачастую узнаваемы по ключевым словам: «должен», «обязан», «следует», «придется», «вынужден», «необходимо».

РЭПТ различает предпочтения и требования. Предпочтения не являются ни рациональными, ни иррациональными, они просто есть. Терапевты не пытаются изменить «хотения» или предпочтения человека. РЭПТ утверждает, что ни одно желание не является признаком патологии и не вызывает нарушения. Последние происходят в случае, если люди требуют, чтобы их желания были реальностью. Как и почему требовательность ведет к нарушению?

Люди создают в уме схемы относительно встречаемой реальности. Исследования показали, что, сталкиваясь с несоответствием своей схемы мира объективной реальности, они испытывают эмоциональное возбуждение. Обнаружив информацию, не соответствующую нашим ожиданиям, мы называем это *несоответствием ожиданий реальности*. Встречаясь с таким несоответствием, люди эмоционально возбуждаются и пытаются его разрешить. Пиаже (Piaget, 1954) отмечал, что люди разрешают несоответствие [реальности] путем ассимиляции или аккомодации. Производство в уме новой схемы является аккомодацией. Хорошо адаптированный человек становится мотивированным этим эмоциональным возбуждением и ищет новую информацию для пересмотра своей схемы мира.

Ассимиляция включает обеспечение работы схемы вопреки несогласованности информации и изменение восприятия для сохранения схемы. Это ожидание сохраняется, несмотря на полученное из реальности доказательство его ложности. В науке и личной жизни люди не меняют убеждений из-за каждого возникающего противоречия. Однако при наличии важных, существенных несоответствий лучше изменить схему. РЭПТ утверждает, что именно ригидность и неспособность менять схемы независимо от того, какие для них существуют доказательства, вызывают эмоциональные нарушения. Таким образом, требовательность ведет к нарушению, поскольку люди используют ассимиляцию, чтобы справиться с несоответствием ожиданий реальности. Жесткое следование существующей схеме и постоянная ассимиляция в качестве когнитивной стратегии приводят к тому же ожиданию и постоянному восприятию несоответствия между воспринимаемым и ожидаемым. Это несоответствие продолжает вызывать эмоции и ощущение фрустрации или угрозы.

Рассмотрим случай пришедшей на терапию семейной пары. Виктория просыпалась рано утром, собиралась на работу, готовила себе кофе, наливала в него молоко и убегала, оставляя молоко на столе. Пьер просыпался через несколько часов, собирался на работу, приходил на кухню завтракать кашей из овсяных

хлопьев и обнаруживал ставшее теплым молоко. Он приходил в ярость от столь бесцеремонного поведения. Виктория извинялась, но продолжала делать то же самое. Мы спросили Пьера, чего он ждет от Виктории. Он сказал, что если она его любит и считается с ним, ей следует убирать молоко в холодильник. Диспутирование было сосредоточено на вопросе: на чем были сфокусированы ожидания Пьера – на том, что он хотел и считал правильным, или на том, как поступала Виктория.

Терапевт: И часто она так поступает?

Пьер: Каждое утро.

Терапевт: Хорошо, и сколько лет это продолжается?

Пьер: По крайней мере одиннадцать, с тех пор как у нее этот график работы.

Терапевт: Вы основываете свою претензию на том, что она делает, или на том, что вы хотите, чтобы она делала?

Пьер: Я основываюсь на том, что будет правильно. И на том, как ей лучше поступать.

Терапевт: Позвольте мне выразиться прямо: она поступала так пять дней в неделю в течение сорока восьми недель (за исключением отпусков) в течение одиннадцати лет. Если умножить пять на одиннадцать и сорок восемь, получится, что она делала так 2640 раз.

Пьер: Да, видите, насколько она со мной не считается?

Терапевт: Но после 2640 раз вы все еще шокированы и удивлены тем, как она поступает. Если вы обращаете внимание на то, что она делает, разве не ожидаете, что она забудет про молоко и сейчас? Итак, вы основываете свои ожидания на том, чего вы хотите, или на том, что она сделала?

Пьер: Думаю, оно должно быть основано на том, чего хочу я.

Терапевт: А теперь, как бы вы себя чувствовали и вели себя по-другому, если бы основывали свои ожидания на том, что она сделала, а не на том, что бы вы хотели, чтобы она сделала?

Пьер: Думаю, я бы перестал злиться, потому что ожидал, что это произойдет, и покупал бы два пакета молока!

В этом примере ригидная схема Пьера того, как **следует** поступать его жене, привела к одиннадцатилетнему спору и отсутствию решения. Мы часто замечали, что люди не пытаются решить проблему, которой, по их мнению, не следует быть. Пьер не станет думать о новом способе получить холодное молоко на завтрак, пока считает, что его жена **должна** поступать иначе. Отказавшись от требования и признав реальность, он освобождает себя для решения. Краткосрочное преимущество требования заключается в заблуждении Пьера относительно того, что реальность такова, какой он хочет ее видеть, и это позволяет ему продолжать поддерживать желаемую реальность.

Эллис (Ellis, 1994) рассмотрел выражающие требовательность английские слова «следует», «обязан», «должен» и «придется». В Оксфордском словаре английского языка (2008) они имеют несколько значений. Первое касается являющихся предпочтительными, желательными или полезными действий и вещей. Второе определение рассматривает «следования» как первую посылку условного силлогизма: желая А, нужно сделать Б. Третье значение имеет некоторое отношение

к реальности. Например, если вы выпустите ручку из рук, она должна упасть на стол. В английском языке мы используем одни и те же слова для обозначения желаемых событий и реальности. Теория общей семантики (Korzybski, 1933), провозглашенная Эллисом (Ellis, 1992) в качестве основы РЭПТ, гласит, что людей путает и делает дисфункциональными неточное использование слов. Это наиболее вероятно в случае использования слова с несколькими значениями. Таким образом, люди совершают предпочтения по законам физики.

Каждый год профессионалы со всего мира съезжаются в Институт Альберта Эллиса для повышения квалификации. В последнее десятилетие один из нас (Рэймонд Диджузеппе) спрашивал коллег из других стран, есть ли в их языках возможность использовать сходным образом одни те же слова – «следует», «обязан», «должен» и «придется», – чтобы выражать предпочтения и реалии. Я получил подтверждение от специалистов, говорящих на арабском, китайском, хорватском, голландском, французском, немецком, венгерском, итальянском, польском, португальском, румынском, русском, сербском, испанском, тайском, украинском, вьетнамском языках, а также урду и хинди. Возможно ли, что люди во всем мире путают предпочтения с реальностью и используют слова, похожие на «следует», «обязан», «должен» и «придется» для отображения или смешения этих двух понятий?

Как только люди понимают и борются с иррациональностью требовательности, мы говорим, что они «принимают реальность». Понятие «принятие» стало популярным в литературе по психотерапии. Поиск на сайте PsycInfo слова «принятие» в заголовке выдержек из публикаций дает интересные результаты. Упоминающие «принятие» статьи редко появлялись до 1985 года. Значительный рост наблюдался в конце 1990-х годов, а после 2000 года произошел еще один скачок. Многие из этих публикаций – результат недавней популярности терапии принятия и ответственности (ТПО) Хайеса[22] (Hayes, 2011). Слово «принятие» также часто появляется в статьях о диалектической поведенческой терапии (ДПТ). Хотя существуют некоторые различия в концепции принятия Эллиса и использовании этого понятия в ТПО (Ciarrochi, Robb, and Godsell, 2005) и ДПТ (Robins and Chapman, 2004). Они невелики и демонстрируют явное влияние идей Эллиса о принятии в современной психотерапии. В ТПО принятие в большей степени относится к принятию эмоционального опыта и мешающим мыслям и менее сосредоточено на внешней реальности (отражающей мета-уровень или вторичный уровень – см. главу 8).

Клиенты часто сопротивляются отказу от своего требования и его замене принятием, путая принятие с одобрением. Словари часто называют «одобрение» и «согласие» синонимами «принятия», прискорбно усложняя его значение. Используя термин «принятие», мы не придерживаемся мнения, что люди должны одобрять или соглашаться с отрицательными аспектами себя и (или) своей жизни, а подчеркиваем признание ими реальности, обходя эмоциональные нарушения и предоставляя клиентам больше возможностей для изменения того, что в их силах изменить. Вероятно, в психотерапии стоит использовать термин «признание» вместо термина «принятие».

Катастрофизация

Катастрофизация характеризуется преувеличенными негативными оценками и мыслями относительно себя, других и мира. Английский язык выражает данную идею словами «ужасный», «кошмарный», «катастрофический». Психологи и когнитивно-поведенческие терапевты часто оперируют производным от термина «катастрофизация» глаголом «катастрофизировать». Это понятие включает предсказание гипернегативного исхода, не имеющее под собой реальной почвы. Рорер (Rorer, 1989) указывал на то, что придерживающиеся таких убеждений люди не могут определить, что именно является ужасным или кошмарным, какая именно катастрофа произойдет. Они не уверены в исходе и считают его крайне плохим. Рорер называл катастрофизацию субъективной. Люди часто без достаточных на то оснований приписывают какому-то событию крайне негативное значение и никогда не проверяют в дальнейшем, приводит ли событие к таким ужасным последствиям в реальности. Марк Твен говорил: «Я пережил множество катастроф в своей жизни. Большинство из них никогда не случалось» (Twain, 1971/1972). Эта цитата наилучшим образом формулирует эмпирический аргумент против катастрофического мышления. Рациональное мышление должно признавать, что некоторые вещи – плохие, но подчеркивать, что они не смертельны. Традиционно РЭПТ утверждает, что такие типы мыслей связаны с тревожными расстройствами (Burgess, 1990; Ellis, 1962,1994).

Подвергание сомнению кататсрофизирующих убеждений может привести к разрыву альянса, так как из комментариев терапевта клиент может ошибочно заключить, что врач не понимает его или не сопереживает. Пережившие травму клиенты особенно чувствительны к ощущению собственной неполноценности при оспаривании терапевтами таких идей. Лучше выбирать такие мысли, когда оценка раздражителей является крайней степенью оценки, а не убеждением, касающимся реальной травмы.

Мы заметили, что клиенты с катастрофическим мышлением различаются в зависимости от негативных активирующих событий. Некоторые связывают эти мысли с жизненными событиями, которые в действительности не являются ужасными. С некоторыми нашими клиентами происходили такие катастрофические события, как провал на экзамене, отмена свидания, разрыв отношений, пропуск встречи, выставление себя в глупом виде или отсутствие любимой еды в ресторане. Эти примеры – предсказание гипернегативных исходов ситуации, не имеющей оснований. С другой стороны, были люди, использовавшие катастрофизацию для действительно плохих, угрожающих жизни, болезненных или психологически тяжелых жизненных обстоятельств. Например, клиенты с терминальным раком, дети с задержкой психического развития либо хроническими болями или те, кто пережил смерть ребенка, подвергся сексуальному насилию. Природа их мышления имеет определенную основу в реальности. Такие события крайне печальны, мнение большинства социальных групп подтвердит и одобрит использование ими слов «ужасный» и «кошмарный». Мы считаем, что терапевтам следует по-разному оценивать иррациональность катастрофического мышления в этих двух крайних группах.

Подвергание сомнению катастрофического мышления в группе с неприятными, но незначительными событиями сосредотачивается на том, является ли событие настолько плохим и разрушительным, каким его считает человек. В этой группе мы часто сталкиваемся с сочетанием драматизации и требовательности: «Ужасно, что в ресторане нет моего любимого блюда, а ему *следует* быть». Пережившим травмирующее событие клиентам мы рекомендуем сосредоточиться на дисфункциональности катастрофизации, а не на негативной валентности события.

Подвергание сомнению катастрофического мышления клиентов с реальной травмой и негативными событиями проблематично. Все мы обнаружили, что оспаривание таких мыслей привело к появлению самых негативных образов РЭПТ и частым разрывам альянса с клиентами. Общественное мнение зачастую согласно с клиентами, что травма ужасна и кошмарна. Попытки убедить их в том, что активирующее событие не так плохо, как они думают, или что оно не на «сто процентов плохое», или просто не такое кошмарное, оказались не полезными стратегиями. В таких случаях мы переключались на оспаривание непереносимости фрустрации или требовательности в отношении ужасных событий. Пережившие настоящую травму клиенты часто придерживаются одного из двух других иррациональных убеждений: «Я не могу выносить жизнь с травмой или результатами травмы» и «Травма не должна была случиться». Эти люди могут научиться верить, что хотя травмы и случились в их жизни, они достаточно сильны, чтобы пережить их и вытерпеть, и что мир – место, где происходят травмирующие вещи.

Понятие «катастрофизация» наиболее часто используется в научной литературе в области психологии здоровья и лечения болевого синдрома. Недавний поиск в PsycInfo термина «катастрофизация» дал свыше 430 ссылок на научные статьи. Большинство из них – о роли катастрофизации боли или симптомов болезни у разных типов пациентов, находящихся на лечении или выздоравливающих после хирургических и терапевтических вмешательств. Значительное количество доказательств подтверждает роль катастрофизации в усилении боли и симптомов, а также в замедлении восстановления физиологических и моторных функций после болезни. Для лечения таких пациентов настоятельно рекомендуется нацелить действия на работу с катастрофическим мышлением.

Например, при лечении in vivo скелетно-мышечных болей с помощью экспозиционной терапии люди с высоким уровнем катастрофизации не получают от него пользы (Linton, Nicholas, MacDonald, Boersma, Bergbom, Maher, and Refshauge, 2011). Возможно, катастрофизация приводит к неспособности клиента сосредоточиться на боли и связанных с ней раздражителях, что мешает лечению. Некоторые данные свидетельствуют о том, что у пациентов с физическими травмами, долгое время находившихся на больничном, катастрофизация приводит к ожиданиям трудностей после выхода на работу (Fadyl and McPherson, 2008). Катастрофизация была надежным показателем усиления боли в ночное время у пациентов, перенесших протезирование коленного сустава (Edwards, Haythornthwaite, Smith, Klick, and Katz, 2009). Обзор исследований пациентов с онкологическими болями (Zaza and Baine, 2002) показал, что в трех из четырех исследований катастрофизация приводит к более интенсивной боли, что, в свою

очередь, ведет к усилению дистресса и снижению уровня социальной активности и поддержки.

Непереносимость фрустрации

Один из нас (Рэймонд Диджузеппе) предсказал, что через пятьдесят лет после смерти Альберт Эллис будет наиболее чтим за вклад, который внесло в психологию его теоретическое и клиническое понятие «непереносимости фрустрации» (НФ) (DiGiuseppe, 1991). Эллис (2003а, 2003б) предположил существование у людей убеждений относительно степени фрустрации и дискомфорта, которую они могут и готовы переносить. Можно считать это ожиданием силы или способности бороться, выживать либо прилагать усилия, несмотря на фрустрацию, дискомфорт и боль. В людях живут убеждения относительно собственной силы и усилий, которые они способны мобилизовать. Связанную с такими иррациональными мыслями нарушенную эмоцию Эллис называет «тревожностью дискомфорта». Подобные убеждения подразумевают, что индивид не может вынести то, что считает фрустрирующим, или что ему не хватает выносливости для выживания при наличии фрустрации. Например, человек, в чьем почтовом ящике скопилось ***слишком*** много писем, может сказать: «Не выношу отвечать всем этим людям. *Слишком* тяжело выполнять эту работу». Такие убеждения алогичны, потому что, за исключением смерти, человек фактически выносит все, что, по его утверждению, не может вынести. С другой стороны, для выражения эмоции, испытываемой по отношению к рациональной мысли о том, что достаточно сил для настойчивости, несмотря на фрустрацию, в английском языке не существует конкретного слова. В других языках, насколько нам известно, тоже. Мы можем представить себе, что люди в этой ситуации будут иметь установку на выносливость и решимость, а также поведенческое С (следствие) настойчивости. Способность противостоять фрустрации приводит к тому, что обычно называется самоконтролем.

Непереносимость фрустрации часто приводит к негативному эмоциональному опыту, а затем – к повторному эмоциональному нарушению (см. главу 8). Эллис утверждал, что позаимствовал у Коржибского (1933) идею о том, что мысли об эмоциях и мысли о мыслях могут привести к еще большему нарушению. Эллис также часто комментировал работу Рэйми (1975), считавшего, что большая часть нарушений вызвана неспособностью принять эмоциональный дискомфорт и катастрофизацией начальных симптомов. Харрингтон (2011а) сделал обзор истории данной идеи и отметил, что другие психологи сосредоточились на важности проявления высокой толерантности к фрустрации для достижения психологической адаптации. Фрейд утверждал, что невротический защитный механизм – стратегия, направленная на снижение тревоги в ситуациях, которые люди считают невыносимыми. Доллард и Миллер (1950) попытались объединить психодинамику с теорией научения и выдвинули гипотезу, согласно которой невротическое поведение зачастую является попыткой избежать негативного опыта. Они предложили конфликт «приближение – избегание» как ситуацию, когда люди имели позитивное стремление, но избегали ряда негативных аспектов приближения к желаемым раздражителям. Амсель (1990) предположил, что разочарование в ожидаемом вознаграждении способно привести к неприятному состоянию. В зависимости от предыстории подкрепления такое состояние может служить причиной избегания или настойчивых усилий по достижению вознаграждения. При

повышении настойчивости мотивация к избеганию неприятного состояния снижалась, а терпимость к фрустрации усиливалась. Эйзенбергер (1992) предложил модель оперантного обусловливания непереносимости фрустрации. Он указывал на то, что все усилия по достижению подкрепления связаны с некоторым дискомфортом. У живых организмов был выбор терпеть его ради получения вознаграждения.

Хотя Эллис (2003а, 2003б) первоначально называл этот тип иррационального убеждения «низкой устойчивостью к фрустрации» (НУФ), мы предпочитаем термин «непереносимость фрустрации» (НФ). НФ кажется более подходящим термином, чем НУФ. Этому изменению названия мы обязаны австралийскому психологу, доктору Мари Джойс. Джойс отмечала, что термин НУФ может обесценивать проблемы клиентов (Джойс, личное общение, 1999). Работая с родителями детей, имеющих неврологические проблемы, доктор Джойс обнаружила, что им было трудно следовать планам по управлению поведением детей. Родители часто сетовали, что стратегии слишком сложные и что они не могли быть настолько последовательными в случае плохого поведения детей. При подвергании сомнению доктором Джойс низкой устойчивости родителей к фрустрации, те ощущали ее непонимание. Доктор Джойс признавала, что таким родителям труднее воспитывать детей, чем большинству других. Они на самом деле терпели больше фрустраций, и проблема заключалась не в их низкой устойчивости к фрустрации, а в том, что у них не было *достаточной* ее переносимости для достижения наиболее трудной цели. Им требовалась *бóльшая*, чем среднему родителю, *переносимость фрустрации*, чтобы заставить детей вести себя лучше. Доктор Джойс предложила РЭПТ изменить название данного типа иррациональности на непереносимость фрустрации. Она означает нежелание поддерживать или переносить необходимую для достижения своих целей степень фрустрации. Утверждение, что переживший период нетрудоспособности или травму человек имеет низкую устойчивость к фрустрации, обесценивает его попытки преодолеть трудности и справиться с ними (Muran and DiGiuseppe, 1994). Мы поощряем клиентов выносить фрустрацию выше среднего уровня для достижения конкретных целей и признаем, что им приходится переносить большие трудности для достижения желаемого.

Понятие Эллиса о НФ отражено в других формах КПТ, включая диалектическую поведенческую терапию (ДПТ) (Линехан[23]). ДПТ утверждает, что многие симптомы пограничного расстройства личности являются попыткой смягчить нетерпимость пациента к отрицательным эмоциям. Терапия включает обучение клиентов стратегиям переносимости таких эмоций.

Терапия принятия и ответственности (ТПО) (Hayes, 1999) гласит, что большинство психологических симптомов – результат избегания проживания опыта, то есть саморазрушительного поведения, избегающего внутреннего переживания мыслей и эмоций. ТПО учит клиента участвовать в ценном, вознаграждающем поведении, несмотря на эти дискомфортные внутренние переживания. ТПО не фокусируется на том, чтобы переносить и принимать внешние неудобства, которые могут быть необходимы для достижения вознаграждения, как это сделала бы РЭПТ (Amsel, 1990; Eisenberger, 1992). Баумейстер и другие (Baumeister, 1994) предположили, что дисфункциональное поведение часто

мотивируется дискомфортом, возникающим в результате угроз самооценке. То есть возникающие из-за осознания своих ограничений и недостатков неприятные эмоции побуждают людей переходить от достижения долгосрочных целей к поиску кратковременного облегчения эмоционального дистресса.

Харрингтон (2005b) разработал шкалу непереносимости фрустрации и выделил четыре ее вида. Первый – *эмоциональная непереносимость*, отражающая непереносимость эмоционального дистресса. Второй – *непереносимость отсрочки вознаграждения*, отражающая идеи о немедленном удовлетворении и толерантность к несправедливости. Третий вид – *непереносимость дискомфорта*, отсылающая к идеям о том, что жизнь должна быть легкой, комфортной и беспроблемной. Четвертый – *непереносимость отсутствия достижений*, отражающая разочарование после неудачи в достижении цели. Различение этих видов НФ полезно с клинической точки зрения, так как они связаны с рядом клинических проблем (Harrington, 2005b). Непереносимость дискомфорта тесно связана с избеганием воспринимаемой ответственности за свое поведение. Эмоциональная непереносимость – с упованием на помощь самолечения для облегчения эмоциональных проблем. До сих пор не выяснена связь употребления алкоголя с какой-либо из шкал НФ Харрингтона; нам все еще нужны исследования, чтобы выяснить, какой тип убеждений НФ ведет к аддиктивному поведению.

Взаимосвязь видов НФ и причинения себе вреда сложна. Непереносимость отсрочки вознаграждения приводила к гневу, а затем – к причинению себе вреда; в то время как эмоциональная непереносимость ведет к тревоге, а потом – к причинению себе вреда. Разные типы НФ связаны с разными эмоциями: непереносимость к отсрочке вознаграждения уникальным образом – с гневом, непереносимость дискомфорта – с депрессивным настроением, а эмоциональная непереносимость – с тревогой. Точные результаты приведены в сербской выборке Станковича и Вукосавлевича-Гвоздена (2009). Важно отметить, что когнитивный процесс НФ одинаков для всех четырех видов Харрингтона. Именно содержание иррациональных убеждений является составляющей, которая приводит к разнообразным клиническим проблемам и эмоциям.

Харрингтон предупреждает о возможности скрытых проблем при подвергании сомнению убеждений НФ. Термины «толерантность» и «принятие» клиенты могут неверно истолковать. Например, рациональное противоядие от НФ, то есть принятие или толерантность, – как отказ, подчинение или пассивное принятие событий. Однако рациональная мысль о том, что человек способен выдержать дискомфорт тяжелой работы и решения проблем, может укрепить его решимость преодолевать проблемы и справляться со сложными задачами. Клиенты могут путать толерантность к проступкам других людей с оправданием их плохого поведения. В РЭПТ рациональная переносимость подразумевает, что, хотя нам может не нравиться ситуация и мы можем хотеть ее изменить, достижение целей требует от нас переносимости фрустрации и дискомфорта. Пусть некоторые вещи остаются неизменными или требуют значительного времени и усилий для своего изменения, мы не знаем, что они неизменны, пока не попытаемся их изменить.

Глобальная оценка человеческой ценности

Глобальные негативные оценки человеческой ценности могут привести к депрессии или чувству вины, если человек применяет эти оценки к самому себе, или к гневу и презрению, если он применяет их к другому человеку. Эти убеждения в человеческой никчемности не могут быть истинными, потому что человек не может быть оценен как хороший или плохой, так как он не может быть полностью хорошим или плохим из-за сложности человеческих существ (Ellis, 1994, 2005c). Оценка должна применяться к поведению людей. Как упоминалось в главе 1, можно заметить влияние общей семантики (Korzybski, 1933) на такие идеи. Логичнее и, безусловно, правильнее сказать: «Я плохо справился со своим обучением», – вместо того чтобы добавить: «Значит, я никчемен». Позиция Эллиса была философской, он предлагал людям серьезно воспринимать преамбулу к Конституции США или иудейско-христианскую религиозную традицию, которые постулируют, что все люди созданы равными: в первом случае – правительством, во втором – Богом. РЭПТ пытается научить людей оценивать свои поступки, а не себя. Как сказал Махатма Ганди: «Ненавидь грех, но люби грешника». Самооценки заменяются тем, что Эллис назвал «безусловным самопринятием» (БСП).

РЭПТ выступает против программ, которые пытаются повысить самооценку человека. Самооценка – это комбинация двух разных когнитивных процессов. Первый – это самоэффективность, то есть вера в свою способность выполнить поставленную задачу. Если вы изучите элементы шкалы самооценки, то заметите, что многие элементы отражают этот тип утверждения. Теория РЭПТ не возражает против этой идеи, поскольку оценивает поведение человека, а не его самого. Вторым когнитивным содержанием самооценки является глобальная оценка себя. Данная идея включает выводы о своей ценности как личности. Люди (и психотерапевты) часто путают эти два понятия и оценивают свою ценность или никчемность на основе ощущения собственной эффективности или ее отсутствия.

Вмешательства по созданию самооценки учат людей тому, что они особенные или хорошие, так как успешные, либо безосновательному ощущению собственной эффективности, то есть успешности в определенных задачах, независимо от доказательств. РЭПТ указывает на три трудности в случае подобных вмешательств.

Во-первых, они учат людей, что их самооценка зависит от ощущения собственной эффективности. На данный момент это может работать, а если способности снизятся или их превзойдут более талантливые сверстники? Психическое здоровье получающих такие вмешательства людей может оказаться на эмоциональных «американских горках». Они хорошо себя чувствуют, пока хорошо справляются, но это чувство сопряжено с тревогой, основанной на идее, что они должны продолжать преуспевать, чтобы оставаться ценными. Либо же, плохо справляясь, они впадают в депрессию, потому что оценивают себя как никчемных, основываясь на результатах своей работы.

Во-вторых, вмешательства по созданию самооценки часто учат ощущению собственной эффективности за пределами продемонстрированных человеком способностей. Вероятно, клиенты расстроятся, перестав получать обратную связь о своей успешности, и могут выработать пагубную привычку к постоянной

потребности в положительном подкреплении для поддержания оценки собственной ценности, основывающейся на их работе.

В-третьих, программы по созданию самооценки не обеспечивают копинг-стратегий в случае низкой успешности. Поскольку большинство людей терпят поражения на пути к успеху или испытывают неудачу чаще, чем добиваются успеха, им необходимо уметь справляться с плохими результатами. Рассмотрим несколько примеров, которые можно привести клиентам, считающим, что они всегда должны преуспевать, чтобы иметь ценность. Известный бейсболист Бейб Рут установил рекорд, выбив 1331 хоум-ран. Томас Эдисон изобрел электрическую лампочку с восемьдесят девятой попытки. Стива Джобса, основателя компании Apple Computers, уволили с работы. А нашему наставнику Альберту Эллису пришлось пережить девяносто девять отказов женщин, прежде чем пойти на свидание. Всем известным успешным людям приходилось сталкиваться с неудачами. Если бы всякий раз, терпя неудачу, они себя осуждали, скорее всего, не достигли бы успеха. Таким образом, РЭПТ направлена на безусловное самопринятие (БСП). Безусловное самопринятие признает ошибки и недостатки, не давая себе ни положительных, ни отрицательных оценок. БСП включает в себя сосредоточение внимания на своей деятельности и использует информацию для принятия решений о будущем поведении, не отвлекаясь на мысли о себе как о глобальном объекте. И это не значит, что человек одобряет, любит или игнорирует свои недостатки и слабости.

Блок 3.1

Глобальные, стабильные, внутренние атрибуции неудачи (например, «У меня дислексия» или «Я слишком плохой писатель, чтобы написать эту книгу») приводят к депрессии, потому что мы осуждаем себя за подобные качества. В итоге РЭПТ-терапевты используют стратегию, слегка отличающуюся от стратегий других когнитивных терапевтов.

Например, если у клиента пострадал мозг вследствие инсульта и он больше не в состоянии выполнять определенные действия, как помочь ему чувствовать себя лучше?

Многие терапевты, такие как Селигман (1978) и Вайнер (1985), выступавшие за атрибутивные вмешательства, пытались показать клиенту, что он *может* сделать. А если он не может делать то, что для него важно? Такие терапевты, вероятно, будут пытаться убедить клиента, что он способен делать *другие* вещи. Хотя их стратегии могут оказаться полезны, они упускают главный философский смысл РЭПТ: «Я – нормальный человек, хотя не могу (и вероятно, никогда не смогу) делать то, что делал, и что другие делают с легкостью. Я все еще вполне достойный человек».

Пример из практики

Вот случай Паоло, который мы используем, чтобы показать различия между четырьмя типами иррациональных убеждений и их рациональными аналогами. Паоло – 38-летний бразильский эмигрант из Нью-Йорка. Он пришел на терапию из-за тревоги и бессонницы. Клиническая оценка показала, что его первичный

императив (требование) заключался в том, что жена должна его любить и никогда не оставлять. Для Паоло первичным императивным (требовательным) иррациональным убеждением было: «Моя жена никогда не должна меня оставлять».

Паоло придерживался всех трех производных иррациональных убеждений. Что касается производной катстрофизации, он считал: «Будет ужасно и кошмарно, если она от меня уйдет». В отношении производной непереносимости фрустрации он думал: «Я не смог бы вынести ее уход, не смог бы без нее жить». Он также разделял глобальную оценку ценности себя и жены. У него производная самоуничижительная мысль: «Если бы жена ушла от меня, я стал бы неудачником». Он злился на нее, когда она уединялась или казалась занятой другими делами. Эти события привели его к негативному выводу: «Она отдаляется, потому что хочет меня бросить». У него была и производная унижения других: «Если она меня бросит, она – никчемный кусок дерьма».

Иррациональные убеждения Паоло привели к тревоге, вылившейся в цепляющееся поведение, отталкивавшее от него жену. Еще ему было трудно спать по ночам, а днем сосредотачиваться на работе, так как разум переполняли иррациональные идеи об ее уходе. Паоло переживал депрессию, вылившуюся в игнорирование саботировавшей отношения жены. Осуждая ее, он злился, повышал голос и кричал на нее, что увеличивало дистанцию между ними. Как мы видим в случае с Паоло, иррациональные убеждения не помогают достичь своих целей. Мысля крайностями и находясь в плену расстраивающих эмоций, люди едва ли способны работать над максимизацией удовольствия и минимизацией дискомфорта. Их усилия направлены на краткосрочное облегчение нарушения (цепляющееся поведение при тревоге, игнорирование жены во время депрессии и крики в состоянии злости) вместо достижения долгосрочных целей. Паоло не сможет достичь цели счастливой жизни с женой, если будет постоянно беспокоиться о том, что она его бросит.

Теперь рассмотрим рациональные убеждения, созданные терапевтом с помощью Паоло. Для императива (требования) РУ было таким: «Я очень не хочу, чтобы жена меня бросала, но я смогу принять (пусть неохотно) ее уход». РУ для производной драматизации выглядит так: «Будет *действительно* плохо, если она меня оставит, но это не конец жизни». Рациональное убеждение в производную НФ звучит следующим образом: «Я буду ненавидеть день, когда она от меня уйдет, но я достаточно сильный человек и смогу пережить боль». РУ для производной от своей глобальной оценки: «Если она бросит меня, это станет потерей, но она не сделает меня неудачником. Моя ценность как личности не зависит от наличия отношений». РУ для производного убеждения глобальной оценки жены звучит: «Мне будет больно, если она уйдет, но я смогу принять ее, даже если мне не нравится ее поступок». Сравните эти утверждения с каждым критерием иррациональных убеждений. Это поможет понять, что делает рациональные убеждения рациональными.

Рациональное убеждение внутренне последовательно: оно логично и понятно. Однако не просто логично. Логика необходима, но ее недостаточно для рассмотрения рациональной философии.

Рациональное убеждение проверяется эмпирически, его можно подтвердить доказательствами. Рассмотрим наш пример: мы способны доказать, что из-за ухода жены клиента могут возникнуть неприятные последствия. Видимо, Паоло потерял бы много приятных вещей.

Рациональное убеждение не абсолютно, а условно или является релятивистским. Обычно оно выражается в виде желания, надежды, хотения, стремления или предпочтения, отражая скорее желательную, чем требовательную, философию, и включает принятие недостижения цели. Можете ли вы увидеть, как приведенный пример отражает предпочтение, а не требование? Паоло думает: «Я бы предпочел, чтобы жена осталась со мной в браке, но могу принять, если она этого не сделает».

Рациональное убеждение вызывает адаптивные эмоции. Таким образом, РУ способны привести к отрицательным эмоциям, которые могут варьировать от слабых до сильных, но тем не менее являются функциональными, здоровыми и обусловливающими преодоление трудностей. Это важное отличие, так как распространено заблуждение о РЭПТ, согласно которому рациональное мышление ведет к отсутствию эмоций. Как раз наоборот: неверно, что отсутствие эмоций полезно или рационально. Адаптивные эмоции служат мотиваторами для решения проблем.

Возвращаясь к нашему примеру, где Паоло думает об уходе жены: вероятно, он испытывает обеспокоенность и грусть, но не клиническую тревогу или депрессию. Рационально мысля, Паоло может отреагировать:

1) рассмотрением активирующего события на предмет его возможного изменения;

2) извлечением из своей жизни лучшего благодаря изменениям;

3) движением вперед и созданием новых отношений.

Нездоровые эмоции мешают таким результатам.

Рациональные убеждения помогают достичь целей. Таким образом, они созвучны удовлетворенности жизнью, минимизации внутрипсихических конфликтов и конфликтов с окружающими, обеспечению дружеских связей и контактов, а также стремлению к жизненно необходимой погруженности в приносящие личное удовлетворение начинания. Рациональные убеждения предоставляют нам свободу для достижения целей менее пугающим, не осуждающим образом и позволяют идти на риск, который может быть связан с достижением поставленных целей. Исходя из выборки рациональных убеждений, мы заключаем, что цель Паоло состоит в как можно более счастливой жизни, а она невозможна, если он будет находиться в состоянии клинической депрессии или тревоги. Кроме того, если высокие требования и негативные глобальные оценки относительно ухода жены привели к нездоровому гневу, вероятно, его поведение отпугнет жену и других потенциальных партнерш.

Мы рассмотрели теорию РЭПТ и обрисовали разницу между иррациональными и рациональными убеждениями. Следующая глава посвящена основным техникам РЭПТ.

Часть 2

Общие стратегии терапии

Глава 4

Модель ABC и обучение клиентов соединению B и C

Разрабатываемая Эллисом на протяжении многих лет терапевтическая система представляет собой прагматичную, эффективную клиническую дисциплину, полезную для взрослых с умеренно выраженными невротическими расстройствами, с более серьезными нарушениями и психозами, а также для детей в возрасте до восьми лет. Терапевт убеждает и активно направляет клиента, и они оба прилагают усилия к достижению общей цели. РЭПТ использует психолого-педагогический подход и поощряет клиента к чтению и выполнению домашних заданий – для внедрения в жизнь освоенных на сессиях знаний и получения от нее удовольствия.

РЭПТ не претендует на устранение психических и эмоциональных последствий физиологически индуцированных дисфункций, например связанных с гормональным дисбалансом, судорожными состояниями, аффективными расстройствами или психозами, в основном являющимися наследственными нейрохимическими проблемами. Однако важно отметить, что на нейрохимические проблемы клиентов часто наслаиваются невротические состояния, поддающиеся рационально-эмотивно-поведенческой терапии. Например, клиенты с биполярным расстройством, даже принимая соответствующие лекарства и не находясь в депрессии, часто опасаются наступления рецидива. Клиенты с шизофренией испытывают стыд за свои галлюцинации или бред и боятся наступления нового психотического эпизода. Хотя РЭПТ не излечивает главное неврологическое или психотическое заболевание, может оказаться полезным научить клиентов справляться со *связанными с болезнью* эмоциональными проблемами, что позволит управлять болезнью в ее активной фазе. В сочетании с психотропными препаратами РЭПТ способна значительно улучшить течение подобных заболеваний (Ellis and Abrahms, 1978).

Блок 4.1

Практикуя РЭПТ, вы можете решить, что проще начать с приходящих по одиночке взрослых. РЭПТ полезна для детей, пар, семей и групп, но каждая из этих категорий населения или форматов имеет особые проблемы. Стажеры рассказывали нам, что первое время РЭПТ требует сильной концентрации, так что наличие детей или более одного клиента за раз усложняет работу. Научение будет более эффективным, если начать с одного благоразумного, не имеющего особых проблем клиента. Затем можно перейти к более сложным клиентам и молодежи, которой требуется дополнительное внимание к развитию, а потом и к нескольким клиентам.

Модель АВС

Эллис создал концептуальную схему для иллюстрации роли мыслительных процессов в эмоциональном расстройстве – модель АВС. В ней «А» обозначает «**А**ктивирующее событие» («**А**ктивирующий опыт»), обычно являющийся нашим восприятием какого-либо неприятного или нежелательного внешнего события. «С» – нездоровые, дисфункциональные эмоциональные и поведенческие **С**ледствия, а не здоровые, адаптивные эмоции и поведение; именно эта некомфортная эмоция часто приводит клиента в кабинет психотерапевта. «В» – система **У**беждений клиента, состоящая из двух частей, рациональных и иррациональных убеждений. В центре внимания терапевта будет находиться присутствие иррациональных убеждений и отсутствие или слабое присутствие рациональных когниций. Мы используем термин «система убеждений», так как люди обычно имеют императивное (схематичное) требование и одно или несколько производных иррациональных убеждений, приводящих к нарушенному **С**. Поскольку философия РЭПТ предполагает главной жизненной целью разумное счастье, она также считает, что такие нарушенные когниции и эмоции несовместимы с этой целью.

Полагая, что событие **А** непосредственно отвечает за **С** (их эмоциональные расстройства), клиенты игнорируют или, вероятнее всего, не знают о присутствии в себе и влиянии когниций, установок, философии и убеждений на свои эмоции и поведение. Находящиеся на психотерапии клиенты испытывают деструктивные, нарушенные эмоции. Если они в состоянии нарушить свое эмоциональное состояние, по всей видимости, могут и перестать этим заниматься. Другими словами, при наступлении неблагоприятных **А**ктивирующих событий не испытывающие психоза люди обычно испытывают некоторые отрицательные эмоции. Они могут повлиять на то, станет ли эмоциональное **С**ледствие нарушенной, дисфункциональной либо функциональной, адаптивной эмоцией. От образа мыслей клиентов зависит, перестанут они страдать или нет. Первоочередная задача терапевта – обучить их тому, что психологические проблемы возникают из-за когнитивных процессов иррационального мышления.

Этот основной принцип достаточно легко сформулировать, но зачастую трудно понять клиентам. Наша повседневная речь содержит много противоречащих данной концепции примеров. Как часто мы говорим или слышим фразы типа: «*Он* меня так разозлил!» или «Это меня так расстроило!» В данных предложениях объект, или А, является активатором и причиной эмоционального нарушения. Клиенты не будут пытаться изменить то, что, как подразумевает фраза, не поддается их контролю. Гораздо точнее было бы сказать: «Я сама себя разозлила из-за него» и «Я сам себя расстроил из-за этого». Как непривычны для нашего уха эти исправленные предложения! Тем не менее они соответствуют важной концепции: мы сами в ответе за свои эмоциональные нарушения. Таким образом, нарушенные эмоции не навязываются нам, не появляются в нас магическим образом, не вызываются внешними событиями, а есть результат наших активных действий. В частности, нарушенные эмоции в основном являются следствием того, что мы сами себе говорим. Клиенты приходят на терапию, твердо веря, что А вызывает С, и это убеждение подкрепляется каждым авторитетным человеком, вступающим с ними в

контакт. Вы как терапевт будете учить их революционной идее, что B в значительной степени определяет C, и вашей первой обязанностью будет помочь им понять это.

Блок 4.2

Прежде чем вы станете адептом в преподавании модели **ABC**, можете потренироваться в обучении собственных ушей. Со временем, слушая клиентов, вы будете почти автоматически разделять сказанное ими на три категории.

Один из способов тренировки заключается в распределении записей по трем колонкам. Начнем прямо сейчас. Разделите страницу на три части и назовите первую **A**, вторую – **C** и третью (возможно, большего размера) – **B**. Вы обнаружите, что клиенты обычно начинают с рассказа о своих **A** или **C**. Заполнив один из этих столбцов, переходите к следующему. Таким образом, зная **A** (что произошло), задайте вопрос о **C** (как чувствовал себя клиент). Если клиент начинает с выражения аффекта **C** («Я чувствовал тревогу»), спросите о триггере или контексте (**A**). Имея **A** и **C**, переходите к вопросу о **B**.

Если у вас есть возможность сразу ксерокопировать свои заметки, вы можете передать один экземпляр клиенту и пройтись вместе с ним по колонкам. Например, «Мэри, вот модель **ABC**. Давайте посмотрим, что я сегодня записал. Видите, это – ваши мысли, это – ваши чувства, а вот что произошло». Вы будете удивлены, насколько часто клиенты находят данную организационную стратегию удобной.

В Институте Альберта Эллиса мы разработали два бланка, которые помогут научиться этому. Первый дан в приложении 1 – это лист, напоминающий только что описанный пример. Мы выдаем его нашим студентам во время *практики*. Слушая сессию наставника или записывая собственную, они вслушиваются в каждое произнесенное клиентом слово, соотносят каждое его утверждение с элементом модели и записывают в соответствующий столбик. Активное слушание и быстрая идентификация содержания сказанного помогают научиться определять правильную категорию. Мы также разработали бланк прогресса сессии, использующий систему, аналогичную приведенной в приложении 2. Во время сессий терапевт идентифицирует названные клиентом основные утверждения **A**, **B** и **C**. Он может использовать их для отслеживания работы над определенным пунктом на каждой сессии.

Обучение клиентов тому, что события не вызывают нездоровые (дисфункциональные) эмоции

Как терапевт может показать клиентам, что на их чувства и действия в первую очередь влияют внутренние, а не внешние факторы? Мы называем теорию о том, что **У**беждения в значительной степени способствуют нарушенным эмоциональным **С**ледствиям, связью **В** и **С**. Считается, что клиенты, продолжающие рассматривать свои активирующие события причиной своих же нарушенных эмоций, держатся за связь А и С. Один из способов объяснить связь В и С – спросить клиентов, как отреагировала бы на их проблему сотня похожих на них людей. Например, клиент только что обнаружил, что его горячо любимая жена хочет развестись, и он в полной депрессии. Терапевт может спросить о том, как, по его мнению, отреагирует на то же событие сотня разных мужчин. Клиенты обычно отвечают: «Ну, у большинства начнется депрессия» (если клиент вместо «у большинства» скажет «у ста процентов», терапевт может указать ему, насколько нереалистична данная оценка). Терапевт продолжает настаивать и спрашивает: «И у скольки процентов начнется депрессия – у 40, 50 или 60?» Получив ответ, терапевт подводит клиента к изучению возможных реакций оставшейся части мужчин. Таким образом, клиент сталкивается с тем фактом, что, по его собственному признанию, хотя, возможно, 50 процентов выборки могут находиться в депрессии, некоторые из оставшихся будут лишь грустны, другие – слегка недовольны, кого-то это не тронет, несколько человек почувствуют облегчение и небольшой процент будут рады.

В момент изложения других вариантов эмоциональных реакций клиент сталкивается с важнейшим вопросом: «Если активирующие события (А) на самом деле вызывают эмоциональные следствия (С), как объяснить то, что в этом гипотетическом образце одно и то же событие может привести к такому количеству разных эмоциональных реакций?» Большинство клиентов говорят что-то вроде: «Ну, думаю, А в действительности не вызывает С» или «Все люди разные, поэтому реагируют по-разному». Стоящий на пороге развода клиент помог терапевту, мягко и прозрачно намекнув, что А не вызывает С. Терапевт может подкрепить достижение клиентом инсайта и, чтобы тот вывел его самостоятельно, объяснить далее: «Верно, все люди разные; все реагировали по-разному, потому что думали об этом по-разному». Теперь врач может подробнее остановиться на данном вопросе.

Следующая история помогает прояснить связи ABC. Три вице-президента были уволены с работы во время перехода корпорации в руки другой компании. Все трое одинаково любили работу и получали одну и ту же зарплату. Активирующее событие для них было практически идентичным. Как вы считаете, все ли три руководителя отреагировали одинаковым образом? Нет! Один сказал: «Это ужасно. Я не вынесу этого и никогда не оправлюсь от удара», – и обнаружил себя в депрессии. Другая сказала: «Мне это не нравится, появилась большая проблема, но она даст мне возможность и необходимый толчок для открытия собственного бизнеса», – и ощутила фрустрацию и решимость оправиться от удара. А третий сказал: «Это очень плохо и, конечно, это не то, чего я хотел, но я как-нибудь выкручусь», – после чего загрустил и разочаровался. Заметно ли вам, что эти люди

испытают совершенно разные эмоции из-за одного и того же события вследствие своего способа размышлять о нем?

Обучение клиентов тому, что другие люди не вызывают наши нездоровые (дисфункциональные) эмоции

Обычно клиенты не любят, когда кто-то из окружения по-настоящему их расстраивает. Эта концепция заложена в структуру нашей повседневной речи. Фраза: «Когда ты так говоришь, я очень злюсь» звучит странно, в то время как: «Ты меня бесишь» – нормально.

Следующая история опять-таки способна помочь клиенту увидеть связь между В и С. Трое детей прогуляли уроки, их поймали, и теперь у них неприятности. Они приходят к директору. Все ли реагируют одинаково, когда директор выходит из кабинета и хмуро смотрит? Оказывается, один ребенок напуган, второй зол, а третий обеспокоен и решает больше не попадать в переделки.

Использование гипотетических ситуаций и аналогий помогает понять суть. В качестве эксперимента терапевт может сказать: «Хорошо, Мария, если люди умеют вызывать у вас нездоровые эмоции, давайте посмотрим, смогу ли я сделать это прямо сейчас (*пауза*). Мария, ты мне действительно не нравишься, и я хочу, чтобы ты навсегда осталась в депрессии. Какие эмоции ты испытываешь сейчас?»

Могут быть полезны следующие аналогии:

Мария сообщает о жалобах матери в ответ на ее желание сходить в гости к друзьям.

Клиент: Она заставляет меня чувствовать себя такой виноватой!

Терапевт: Нет, Мария, это твои кнопки вины. Она может нажимать на них, но за работу клавиатуры отвечаешь ты. Научившись думать о ее словах более правильно, ты будешь контролировать свои эмоции, на какие бы кнопки она ни нажимала.

Еще один способ оспорить представление о том, что чувства нас заставляют испытывать другие люди, – указать на несоответствие данного представления убеждению в том, что многие, особенно верующие, имеют свободу воли. Большинство религий и культур учат людей верить в то, что человек отличается от остальных животных наличием разума и свободы воли. Таким образом, они решительно исповедуют независимость и самоопределение. Терапевт может спросить: «Если кто-то вас разозлил, значит, вы не могли этому помешать. И насколько вы теперь верите в свободу воли и самоопределение?» Ставя вопрос таким образом, врач указывает клиенту на наличие выбора. При наступлении негативного события можно испытывать отрицательные эмоции, но иметь возможность выбора, будет это здоровая и адаптивная или нездоровая эмоция. Вы способны решить быть саморазрушительно злыми и несчастными или чувствовать себя конструктивно раздраженными и мотивированными на ответное действие.

Существуют другие способы проиллюстрировать, что гипотеза «А вызывает С» не верна. В качестве примера альтернативной стратегии терапевт может сказать: «Хорошо, Абдул, если твой гнев действительно вызывает отец, нам лучше прекратить терапию. Видишь ли, если причина гнева не в тебе, чем я могу помочь? Лучше отправь ко мне отца и будем менять его!» Абдул может сказать: «Да, вам следует лечить моего отца!» Тогда терапевт может сосредоточиться на готовности отца Абдула к переменам. Скорее всего, тот не захочет меняться ради успокоения

гнева сына, и это переключит внимание Абдула на контроль над собственным гневом.

Следующий пример рассматривает обучение этому пункту маленьких детей:

Т.: Джереми, похоже, ты веришь, что все тебя контролируют. Что бы с тобой ни происходило, это чужая вина. Тебя злят, расстраивают, делают несчастным. У меня есть отличная идея! Почему бы нам не создать видеоигру про Джереми? Будет герой с таким именем, и с помощью пульта управления мы сделаем его счастливым, грустным, депрессивным, заставим танцевать, петь или драться. Мы будем управлять им, как в игре «Супербратья Марио». Другие дети тоже будут играть в эту игру и заставлять Джереми выполнять их команды. Что ты думаешь об этом?

Д.: (*смеется*) Смешно. Но все не так. Не похоже на меня!

Т.: Нет, так. Похоже, ты считаешь себя героем видеоигры, где другие тебя контролируют.

Эд Гарсия, бывший содиректор по обучению в Институте Альберта Эллиса, использовал театральные приемы для показа клиентам их добровольной беспомощности:

К.: (*жалуется на то, как другие люди контролировали ее, заставляли чувствовать себя плохо и т. д.*).

Т.: (*открывает ящик стола, достает большую коробку или сумку и протягивает ее клиентке*).

К.: Что это?

Т.: Это ваша сила. Я возвращаю ее вам. Очевидно, вы долгое время обходились без нее. Вы продолжаете рассказывать мне, как один вас разозлил, другой расстроил, третий заставил полюбить, а четвертый – сделать еще что-то. Вы все время рассказываете мне, как другие контролируют вашу жизнь. Вероятно, однажды, торопясь, вы забыли здесь свою силу. Думаю, вам лучше забрать ее обратно. Может, тогда вы сумеете обрести больший контроль над собственной жизнью.

Как только клиенты осознают, что их мысли влияют на испытываемые ими эмоции, следующая задача терапевта – показать им, что изменение мышления способно привести к изменению эмоций. В повседневной жизни мы обычно создаем сценарии своего вербального поведения для влияния на реакции *других* людей; планируем для максимизации вероятности получения нужной реакции. Такое планирование общепринято и социально приемлемо. Однако мы редко уделяем время изучению и планированию разговора с самим собой. Можно указать клиентам на то, что внутренний диалог влияет на наши реакции точно так же, как наши слова влияют на реакцию других людей. Похожим образом мы часто задаем себе вопрос: «Как четко и ясно донести до *него* (нее) эту мысль?» Но часто ли мы задаемся теми же вопросами применительно к себе?

Обучение клиентов тому, что события прошлого не вызывают нездоровые (дисфункциональные) эмоции

Зачастую клиентам трудно понять, что главной целью терапии является коррекция имеющихся паттернов мышления. Трудность возникает из-за того, что многие считают, будто имеющиеся эмоции и поведение вызывает их прошлый опыт, и поэтому полагают, что не в состоянии измениться либо должны сначала обнаружить «корни» нарушения. Если клиенты годами проходили подкрепляющую данное убеждение терапию или просто соглашались с широко распространенным убеждением, что прошлое существенным образом определяет настоящее, может потребоваться немало усилий для их переубеждения. К сожалению, не только клиенты с опытом предшествующих терапий страдают от убеждения, что прошлое определяет настоящее. Это главное ошибочное понимание фрейдистской теории, видимо, пронизало западную культуру. Оно популяризируется на телевидении, в кино, его можно услышать даже от очень просвещенных клиентов. Терапевт может сказать придерживающемуся данного убеждения клиенту: «Если вы подхватили простуду, вам больше помогло бы знание того, где вы ее подхватили или как ее вылечить?» Следующая цитата Зигмунда Фрейда часто помогает клиентам увидеть роль их нынешних мыслей о прошлом в сохранении дисфункциональных эмоций. Он говорил: «Прошлое важно лишь потому, что вы продолжаете всюду таскать его с собой»[24] (Фрейд, 1965). Из-за этого терапевтического препятствия клиенты могут полагать невозможными изменения ввиду своего прошлого. Например, клиент может утверждать: «Я не могу измениться, я всегда был таким!» Задача терапевта заключается в исправлении речевой ошибки, а следовательно, и самой концепции. Он может ответить: «Вы хотите сказать, что *пока* не изменились. Даже если так, значит ли это, что завтра не будет иначе? Как вам известно, моя работа состоит в том, чтобы показать вам, как измениться».

В литературе, посвященной эволюции личности, указывается на именуемую темпераментом относительную неизменность ряда аспектов стиля поведения. Бесполезно пытаться изменить темперамент. Эти личностные качества, включающие биологическую предрасположенность в сочетании с длительным опытом семейного воспитания, могут означать, что такое изменение является *трудным*, может потребовать много *времени* или использования *нескольких стратегий*. Однако факт вероятной трудности изменения не значит, что оно невозможно. Тем не менее твердо верящий в *невозможность* своего изменения клиент способен создать самосбывающееся пророчество, которое по иронии судьбы окажется пагубным. Поучительной аналогией может быть терапевт, говорящий: «Если, отправляясь играть в футбол, вы повторяете себе: “Я не смогу выиграть, я не смогу выиграть, я не смогу выиграть”, – вскоре обнаружите крайнюю степень пагубности такой установки. Если, отправляясь на терапию, вы говорите себе: “Я не смогу измениться, мой прежний опыт навсегда со мной”, – это тоже пагубно, и вы не сможете измениться».

Полезное диспутирование представления о том, что прошлое определяет имеющийся дистресс, состоит в указании, что, хотя прежние события, вероятно,

сыграли важную роль в создании дистресса в прошлом, они остаются проблемой лишь потому, что клиент продолжает думать о них в таком же ключе. На нас влияют имеющиеся когниции, а не события прошлого. Таким образом, даже если ваша мать в свое время могла старательно поработать над убеждением вас в собственной никчемности, вас только потому продолжает расстраивать такое представление о себе, что вы и *сегодня* воспринимаете серьезно сказанное ею когда-то. Простой уход из дома не решит проблему, потому что, образно говоря, вы возьмете с собой свою мать, куда бы ни отправились, если только не оспорите свое иррациональное мышление.

Итак, если клиенты верят в свою никчемность и считают, что придерживаются такого мнения, потому что их ему научили, терапевт может возразить, задав следующие вопросы:

- Если бы люди признали, что настоящее нельзя изменить из-за прошлого, появились бы у нас новые изобретения, лекарства от болезней или политические корректировки?
- Знаете ли вы кого-то, кто справился с жизненными трудностями или оправился от травмы?
- Как бы вы объяснили поведение человека, испытавшего на себе силу предрассудков, дискриминацию или жестокое обращение и сумевшего бороться с ними, например поведение Розы Паркс, Мартина Лютера Кинга и Нельсона Манделы?

Следовательно, важно подчеркнуть, что прошлые убеждения продолжают оставаться проблемой, поскольку *в настоящем* клиенты *продолжают внушать их себе*. При обучении этому моменту может оказаться полезна следующая аналогия. Предположим, в старшей школе вы хорошо научились играть в баскетбол, но не играли в него почти двадцать лет. Снова оказавшись на площадке, вы показали бы не самый лучший результат, так как растеряли навыки, не тренировались. То же происходит и с поддерживанием иррациональных убеждений. Научившись иррационально мыслить в молодости и не практикуясь в таком мышлении в течение двадцати лет, сейчас вы не смогли бы его использовать. Но вы продолжаете упражняться в нем, занимаясь постоянным самовнушением, именно оно заставляет вас преуспеть в дистрессе!

Нарушение из-за нарушения

• Важнейшим аспектом РЭПТ является ее сосредоточенность не только на модели ABC эмоционального дистресса, но и на способности клиента расстраиваться из-за своего расстройства. Попадающие в категорию C эмоции или поведение зачастую становятся новыми A. По сути, клиенты наблюдают за своим неумелым поведением или расстроенным состоянием, а затем создают на их основе иррациональное убеждение, порождающее новую дисфункциональную эмоцию. Для иллюстрации сказанного рассмотрим следующий цикл:

• *активирующее событие* (*A*): мать клиентки постоянно жалуется на ее поведение;

• *иррациональное убеждение* (*ИУ*): «Ей *не следует (она не должна)* так поступать, потому что мне это не нравится, и она – негодяйка, раз так себя ведет»;

• *эмоциональные и поведенческие следствия* (*C*): **гнев** на мать и **крики** на нее.

ЧТО ПРИВОДИТ К:

• *вторичному активирующему событию* (A_2) – гнев и крик клиентки;

• *вторичному иррациональному убеждению* ($ИУ_2$) – «Мне следует (я должна) держать себя в руках, и *я* – негодяйка, потому что срываюсь на свою мать»;

• *вторичному следствию* (C_2) – гнев на себя или чувство стыда.

Клиенты часто начинают тревожиться из-за приступов тревоги, впадать в депрессию из-за депрессии, злиться из-за своих вспышек гнева и обычно создают себе проблемы из-за своих проблем. В литературе о РЭПТ данный процесс называется *вторичными эмоциональными проблемами* или *мета-нарушением*. Эта идея имеет долгую историю в психотерапии. Эллис ввел данное понятие в РЭПТ еще в 1979 году при лечении агорафобии (Ellis, 1979a). Однако мы (Рэймонд Диджузеппе) вспоминаем, как он говорил о нем во время наставничества в 1975 году. Рэйми (Raimy, 1975) обсуждал эту идею и, возможно, повлиял на Эллиса. Совсем недавно идея о вторичном эмоциональном нарушении была включена в другие формы КПТ, например в терапию принятия и ответственности (Хайес), диалектическую поведенческую терапию (Линехан[25]) и когнитивную терапию (Dobson and Hamilton, 2009). Обычно мы рекомендуем терапевту сначала обращаться к симптомам второго уровня, поскольку добавленный уровень дистресса не позволит клиентам эффективным образом работать с основной моделью ABC (вторичные эмоциональные проблемы более подробно будут обсуждаться в следующих главах).

Расширение модели ABC

Модель ABC в РЭПТ помогает объяснить клиентам источник их эмоционального дистресса, а в своей расширенной форме – модели ABCDE – она иллюстрирует возможность снижения его уровня. D означает *диспут*, в котором клиенты учатся оспаривать свое иррациональное мышление и спорить сами с собой когнитивным и поведенческим способом. В случае успеха терапевт и клиент совместно формулируют E – новое *эффективное убеждение*, – более рациональную философию, приводящую к здоровой адаптивной эмоции, совместимой с эффективным решением проблем. Таким образом, РЭПТ-терапевт работает над изменением не только убеждений, но и активности, часто использует поведенческие домашние задания для достижения обеих целей.

После овладения клиентом навыками оспаривания и выработки нового эффективного убеждения, представляющего собой более рациональную копинг-философию, остается немало работы: неприятные активирующие события могут сохраняться, мешая процессу. Даже перестав создавать себе проблемы, клиенты, скорее всего, окажутся менее счастливы, если неприятные активирующие события будут часто вторгаться в их жизнь. Поскольку терапевт не может гарантировать жизнь без стресса, предпочтительной стратегией является научить их справляться с неприятностями. В расстроенном состоянии умение решать проблемы обычно ухудшается, как и способность получать желаемое. После снижения уровня нарушения вмешательства можно сосредоточиться на обучении клиентов выбору либо изменению обстановки для минимизации неблагоприятных условий.

РЭПТ основана на интеграции философского стоицизма и эпикуреизма. Многие люди ошибочно полагают, что стоицизм и, следовательно, РЭПТ выступает за то, чтобы люди спокойно принимали негатив и не пытались его изменить. РЭПТ гласит, что, как только люди освобождаются от своих дисфункциональных эмоций, они могут работать над тем, чтобы сделать свою жизнь более счастливой и наполненной, а значит, стать более способными к достижению поставленных целей. Таким образом, терапевты способны помочь клиентам изменить жизненную ситуацию. Однако, если позволяют обстоятельства, мы считаем, что лучше заняться этим *после* изменения дисфункциональных эмоций и дезадаптивного поведения. Бывают моменты, когда мы пытаемся изменить А до начала работы над эмоциональным решением. Это можно рекомендовать, например, если клиент живет под угрозой или в ситуации, когда у него могут возникнуть проблемы с законом и арест.

Цель терапии – научить клиентов быть терапевтами самим себе. Научившись идентифицировать и оспаривать свои иррациональные убеждения, они могут принять и реализовать решение не расстраиваться.

Теперь мы расскажем о том, как РЭПТ-терапевт обучает клиента модели ABC.

Блок 4.3

Начинающие терапевты часто спрашивают, нужно ли обучать клиента непосредственно модели ABC и активно пользоваться данной терминологией.

Ответ: делать это необязательно, но может оказаться весьма желательным, поскольку клиент способен использовать понятную концептуальную схему для выполнения структурированных когнитивных домашних заданий и обобщений после прохождения курса терапии. Начинающему практику рекомендуется активно обучать клиента модели ABC, так как она поможет и ему придерживаться структуры РЭПТ. Некоторые опытные РЭПТ-терапевты, в том числе Эллис, иногда или даже часто выпускают описания модели. Однако *начинающему* практику мы настоятельно рекомендуем дотошно внедрять систему ABC, используя ее во время слушания, при разговоре и в обучающей работе с клиентами.

Демонстрация

В качестве обзора основных принципов РЭПТ приведем сокращенную версию терапевтической демонстрации доктора Альберта Эллиса на одном из практических курсов института. Клиентка – молодой профессионал, она посещала курсы и хотела обсудить трудности, возникшие в начале новой практики. Короче говоря, A – желание попробовать себя в новой профессиональной деятельности (проведение семинаров), C – бездействие.

Эллис спросил клиентку, что она говорит себе, чтобы ничего не делать. Ответом было:

К.: Я могу наломать дров.

Т.: И что из этого?

К.: Люди могут подумать, что я никудышный учитель.

Т.: И что из этого?

К.: Мне это не понравится.

Т.: Всего лишь чья-то оценка вас не расстроит.

К.: Я не смогу ее вынести.

Т.: Почему вы не сможете вынести мнение о том, что вы плохой учитель?

К.: *(долгое молчание)* …Думаю, я должна быть в их глазах хорошим учителем.

Т.: А почему вы должны быть хорошим учителем в их глазах? Я вот ученый, попробуйте, докажите обратное *(ухмыляясь).*

К.: *(долгое молчание).*

Т.: Пока вы верите, что должны, как будете себя чувствовать?

К.: Тревожно.

Т.: Они все должны вас любить?

К.: Нет.

Т.: Тогда почему они должны…

К.: Потому что я хочу этого от них!

Т.: Я должна получить все, что захочу? И куда вас приведет эта команда?

К.: К напрасной суете…

Т.: Точно! И к тревоге и подавленности. Теперь предположим, что вы получили желаемое – вас все обожают. Вам известно, что проблемы остались? *(пауза)* Откуда вы знаете, что получите желаемое в следующий раз? Разве вы не просите, не требуете гарантированного обожания?

К.: Хм-м-м. Да.

Т.: Вы будете тревожиться до тех пор, пока в это верите. А как можно в это не поверить? Как можно получить желаемое, не нуждаясь в чьем-то одобрении?

К.: Провести несколько занятий?

Т.: Немного рискнуть, верно. А что еще? *(пауза)* «Если меня не примут, я смогу это вынести. Что бы это значило для меня как для человека, если им не понравится мое обучение?» Предположим, вы просто не умеете проводить мастер-классы? Очень жаль. Сможете ли вы быть счастливым человеком, не получая желаемого?

К.: Да-а-а *(неуверенно).*

Т.: Видите, насколько робко вы это произнесли. Как можно выразиться экспрессивнее? *(изображает)* «Черт подери! Я твердо решила не унижать себя, даже если никогда не сделаю многих вещей хорошо!» Оценивать себя как «ОК» тоже неправильно. Почему вы хорошая? Доказать это эмпирически невозможно, как и доказать, что вы плохая. «Я – Нэнси. А как же, черт возьми, как я могу наслаждаться жизнью, не пытаясь доказать свою правоту?» Видите ли, вы можете вообще не навешивать на себя ярлыки. Вам не нужна оценка себя и постоянный дневник успеваемости. Вы можете оценить себя на занятии, потому что его приятно проводить хорошо.

В этой главе мы изложили основные принципы РЭПТ, а в следующих главах подробно остановимся на каждом из этих шагов. Начнем с оценки А, С и ИУ, затем перейдем к замене ИУ и С.

Глава 5

Хорошее начало терапии

В каком-то смысле терапия начинается в первый момент контакта между вами и клиентом и развивается по мере того, как вы ведете важную предварительную работу в терапевтическом процессе. Все формы терапии включают некоторые общие, способствующие успеху факторы (Wampold, 2007). В данной главе основное внимание будет уделено некоторым из них. Предварительная работа решает две первоочередные задачи:

- *межличностная* – создание терапевтического альянса, установление терапевтических отношений и построение сотрудничества;
- *организационная* – подготовка клиента к терапии, начало процесса оценки, согласование проблемных областей и определение целей лечения.

Каждая задача работает на решение другой. Например, активное, совместное установление целей лечения начинает формировать терапевтический альянс. В этой главе рассматриваются способы, с помощью которых РЭПТ-терапевт может поработать над этими задачами для создания основы когнитивно-поведенческой работы.

Установление межличностного Взаимодействия

Возможно, стоит начать обсуждение с просьбы вспомнить свой первый сеанс у психотерапевта. При отсутствии такого опыта попробуйте представить себя на месте клиента. Итак, вы попадаете в новую обстановку, сидите перед совершенно незнакомым человеком, а затем пытаетесь обсудить с ним свои самые сложные или деликатные проблемы. Какие эмоции вы испытывали бы? Будут ли они способствовать открытой, честной дискуссии с терапевтом?

Блок 5.1

Помните, что большинство клиентов приходят на терапию из-за *страданий*. Наша задача – обнаружить их причину и выяснить, как помочь клиенту. Для начала мы хотим дать ему надежду и демистифицировать процесс терапии. И убеждены, что активно-директивный подход РЭПТ идеально подходит для достижения этих целей. Типичное начало терапии в психиатрических клиниках обычно включает несколько сеансов сбора данных, касающихся прошлого и жизни клиента в настоящем. Мы считаем, что данный процесс может помешать установлению терапевтического альянса. Вы хотите, чтобы терапевт в подробностях узнал о вашей жизни и проблемах или чтобы он сразу помог решать приведшую на терапию проблему? Альберт Эллис начинал свои сессии с вопроса: «Над какой проблемой вы хотели бы поработать?»

Хорошее начало работы с новым клиентом – спросить, бывал ли он раньше на терапии. Такой вопрос позволит оценить ожидания клиента от терапии. Позитивные ожидания увеличивают шансы на положительный терапевтический эффект, в то время как несоответствие ожиданий клиента взгляду терапевта на задачи терапии снижает эффективность последней и увеличивает процент бросивших терапию (O'Leary and Borkovec, 1978). Мы также любим задавать вопрос, что помогло, а что оказалось бесполезным в предыдущей терапии. Поэтому терапевту стоит уделить время общему описанию РЭПТ на примере проблемы клиента. Во время первой сессии мы также обсуждаем совместный характер терапии, то, как она работает, и характер домашних заданий. Можно сказать, что мы хотим приобщить клиента к терапии.

Вторым преимуществом знаний о любой предыдущей терапии клиента является то, что это способно помочь терапевту избежать лишних ошибок. Избегайте того, что безуспешно пытался сделать предыдущий врач, или по крайней мере представьте это по-другому. Если использовавший данную технику терапевт был неопытен, можно попробовать применить ее снова, но во избежание ожидания клиентом провала измените формулировку. Поэтому обязательно спросите: «Что вы делали со своим прежним терапевтом?», «Как думаете, что вам помогало?» и «Что, по вашему мнению, не помогало?». Иногда клиент сообщает: «Другой терапевт никогда не говорил о том, что действительно меня беспокоило». Это позволяет спросить: «О чем именно?». Если клиент отвечает на вопрос описанием конкретной эмоции, поведенческой проблемы или травмирующего события, терапевт может уточнить: «Это и есть та важная проблема, над которой вы хотели бы сейчас поработать?»

Клиенты часто воспринимают терапию как средство излить душу и получить сочувствие. Хотя такой подход способен принести некоторое облегчение в форме исповеди, оно может быть временным, паллиативным, поскольку клиенты не усвоили важное откровение о своей ответственности за собственные дисфункциональные эмоции и о возможности самопомощи. Эллис (Ellis, 2001) часто говорил, что существует разница между улучшением самочувствия и выздоровлением, улучшением себя. Сочувствие терапевта или катарсическое выражение эмоций помогает клиентам *почувствовать себя* лучше, но не учит их, как стать лучше, *выздоровлению*. В Институте Альберта Эллиса мы говорим стажерам и клиентам: «У вас есть друзья, которые помогут вам чувствовать себя лучше, и есть РЭПТ-терапевт, который поможет вам стать лучше».

Блок 5.2

Уделите немного времени, чтобы попрактиковаться в изложении РЭПТ новому, не имеющему опыта работы с ней клиенту. Первое общение происходит по телефону, так как потенциальная клиентка увидела вашу страницу в Интернете и хочет задать несколько вопросов, прежде чем определиться с выбором. Она говорит: «Я вижу, доктор Х., что вы позиционируете себя как РЭПТ-терапевт. Боюсь, я не знаю, что это такое. Не могли бы вы рассказать что-нибудь об этом виде терапии?» Придумайте короткий ответ, постарайтесь уложиться в три предложения или меньше.

Спросите у своего наставника, коллеги или сокурсника, является ли ваше мини-объяснение понятным и лаконичным.

Особенно в случае нового клиента терапевту важно дать представление о терапевтических задачах и техниках. Кроме того, следует выделить время на прояснение, чего вы ждете от клиента (например, приходить вовремя, выполнять домашние задания) и что клиент может ждать от вас (например, ознакомления с когнитивно-поведенческой моделью терапии). Это лучше сделать во время первой сессии, после рассказа клиента о своих проблемах.

«Я покажу вам, как можно контролировать многие нездоровые эмоции. Я буду делать это, указывая на некоторые из ваших стилей мышления, прося пересмотреть кое-какие представления о мире, исправляя некоторые из ваших систем убеждений, давая домашние задания для изменения мышления или проблемного поведения и прося вас читать книги и слушать записи. Самое важное для получения максимальной пользы – ваша активная роль в терапии. Я могу помочь и дать совет, но вам следует выполнять свою часть работы».

Мы считаем, что важно с самого начала стимулировать клиентов выражать любое несогласие или давать реакцию на сказанное либо сделанное терапевтом. Мы хотим поддержать их сотрудничество с нами.

РЭПТ ориентирована на решение проблем, об этом клиенту можно сообщить на первых же сессиях. Например, терапевт предложит: «Вы говорите, что в последнее время испытываете депрессию. Давайте выясним, что с вами происходит». В случае перечисления клиентом целого списка трудностей терапевт может прямо спросить: «С какой проблемы вы хотели бы начать?» На последующих сессиях стоит начать

спрашивать: «Над какой проблемой вы хотели бы поработать сегодня?» или «На прошлой неделе мы обсуждали такую-то проблему. Как вы работали над ней на этой неделе?» Такие обеспечивающие структуру вступления предпочтительнее общих вопросов (например, «Как прошла ваша неделя?»), поскольку задают ориентированный на проблему тон и помогают сосредоточиться на сессии.

Блок 5.3

Многие РЭПТ-терапевты уже во время первой сессии пытаются помочь клиентам научиться концептуализировать проблемы в терминологии РЭПТ, обнаруживать вызывающие их проблемное поведение и нездоровые эмоции иррациональные идеи и начать понимать свою роль в появлении данных проблем. Сам Эллис был особенно активен и директивен на своих первых сессиях. Возможно, ввиду темперамента, многолетнего клинического опыта, больших заслуг в этой области и диагностической интуиции он устанавливал быстрый темп работы, которому, как полагают многие начинающие РЭПТ-терапевты, они *должны* следовать. Однако такое мнение неверно, поскольку новичок может оказаться не в состоянии воспроизвести стиль работы Эллиса, да это и не всегда желательно. У РЭПТ-терапевтов есть много разнообразных и эффективных стилей. Их можно использовать для разных клиентов и в соответствии со своим темпераментом. Институт Альберта Эллиса выпустил серию книг «Мастер-терапевт», в которых рассказывается об оригинальных стилях работы РЭПТ-терапевтов.

Многие терапевты считают важным задать клиенту следующий вводный вопрос: «Почему вы записались на прием *именно сейчас*? Какое событие прошлой недели побудило вас принять решение действовать?» Налицо активно-директивная позиция РЭПТ-терапевта: желание добраться до актуальной проблемы и начать помогать. Мы ведь помним, что клиент в некотором роде терпит бедствие.

Установление взаимопонимания

Многие терапевты считают, что *активность* и *директивность* несовместимы с установлением взаимопонимания, но мы с этим не согласны. Помните: основой терапевтических отношений является не дружба, а профессиональная компетентность, доверие, уважение и готовность помочь клиенту в его изменении. Таким образом, РЭПТ-терапевты – не друзья клиентов, хотя могли бы ими стать, а скорее неравнодушные профессионалы. Следовательно, взаимопонимание *может* устанавливаться и при директивном подходе терапевта.

Этот момент был особенно очевиден, когда мы с доктором Эллисом руководили психотерапевтическими группами. Каким бы директивным он ни был, члены его группы часто с теплотой и уважением отзывались об Але. Мы недоумевали, и они сообщали, что он демонстрировал свое участие многочисленными вопросами, вниманием к их проблемам, пропагандой философии принятия и терпимости, а также немедленным обучением их какой-нибудь технике для облегчения дистресса.

Особые проблемы при установлении взаимопонимания могут возникать с некоторыми группами людей: направленными на терапию по решению суда или сотрудниками психологических служб, не желающими решать семейные проблемы супругами и особенно с детьми и подростками. Некоторые из них могут не в полной мере понимать роль терапевта и то, с какой целью их к нему отправили. Другие просто не заинтересованы в терапии. Например, дети могут считать, что если вы доктор, то будете колоть их иголками, сверлить зубы или осуществлять иные вызывающие боль процедуры, как делают другие врачи. Некоторые несговорчивые клиенты полагают, что только «сумасшедшие» соглашаются на «вынос мозга», и отказываются сотрудничать, так как это будет означать признание подобного диагноза. Третьи считают, что вы – справедливый судья или суровый командир, который будет стыдить их или наказывать за проступки. Во всех случаях рекомендуется один и тот же директивный честный подход.

Многие РЭПТ-терапевты уверены, что лучший способ установить взаимопонимание – *проведение терапии* с клиентом. Связь будет развиваться через совместную деятельность. Возможно, такой порядок действий больше подходит опытному терапевту. Начинающий терапевт, испытывающий неловкость и неуверенность в своих навыках, может начать устанавливать взаимопонимание не через терапию, а посредством беседы с клиентом о ее *процессе*.

Самораскрытие клиента – обязательное условие психотерапии, однако самораскрытие в том виде и в той степени, которые необходимы для психотерапии, считается неадекватным поведением в большинстве других социальных ситуаций. Во многих семьях мало говорят об эмоциях и мыслях, так что предшествующее моделирование могло отсутствовать. Кроме того, необходимое для терапии самораскрытие иногда подавляется страхом. Для многих детей и подростков оно может оказаться особенно трудным. Часто только в юношеском возрасте, с развитием близких дружеских или любовных отношений, подростки начинают делиться личными секретами. Члены разных этнических групп тоже могут испытывать трудности с определением и выражением своих эмоций. Некоторые

культуры препятствуют обмену эмоциями. Клиенты могут оказаться непривычными к самораскрытию или не знать, как это делается.

В ожидании самораскрытия клиента психотерапевтам зачастую не удается распознать это несоответствие. Некоторые ждут от клиентов свободного обсуждения личных проблем, в то время как у последних могут быть совершенно другие намерения. Неумение раскрыться может рассматриваться иными терапевтами как сопротивление или симптом глубокого психического расстройства, но мы рекомендуем избегать предвзятых суждений. Будьте готовы рассмотреть несколько гипотез; в частности, проблемы с самораскрытием могут оказаться результатом отсутствия первичного моделирования такого поведения или подавления вследствие страха или культурных норм.

Дискомфорт при самораскрытии может быть особенно очевидным, если клиенты считают свое проблемное поведение социально неприемлемым. В эту категорию могут попасть такие вещи, как пристрастие к просмотру порнографии в Интернете, гомосексуализм, промискуитет, алкоголизм, накопительство, симптомы обсессивно-компульсивного расстройства и даже суицидальные идеи. Возможно, придется провести несколько сессий для создания атмосферы доверия, прежде чем эти проблемы будут раскрыты. Или клиенты могут систематически работать над «легкими» проблемами большую часть сессии, а в ее завершение «случайно упоминать» о серьезной эмоциональной проблеме. При наличии терпения и мягкой конфронтации со стороны терапевта клиент, как правило, становится менее робок в задавании главных вопросов во время сессий.

Блок 5.4

Следует ли терапевту на первых же сессиях раскрывать основные иррациональные убеждения клиента или главные проблемы? Это не всегда хорошая идея. Даже если клиенты не поднимают самые серьезные проблемы, а говорят о кажущихся поверхностными или вызывающих меньший дистресс вопросах, терапевт может многого добиться, применяя модель РЭПТ к менее важным проблемам. Мы считаем, что легче научить системе определения и изменения иррациональных убеждений на менее беспокоящих и слабее затрагивающих эго проблемах. Как только клиент научится применять РЭПТ к этим менее значимым и выраженным проблемам, ему будет легче перенести свои навыки на более серьезные проблемы.

При отсутствии самораскрытия клиента используйте подкрепление и пример. Укрепляйте клиента всякий раз, когда он раскрывает себя, и покажите своим собственным (соответствующим) самораскрытием, что это безопасное и желательное поведение. Кроме того, мы бы посоветовали вам дать достаточный период для того, чтобы страх клиента утих, что будет трудно, если вы очень активны или проявляете нетерпение. Мы обнаружили пользу информирования клиентов о том, что необязательно говорить об определенных проблемах, но полезно говорить о том, что делает разговор трудным.

Блок 5.5

Иногда вы можете начать подготавливать клиента к РЭПТ еще перед первой сессией и даже при наличии у него эмоционального дистресса. Например, в первом телефонном разговоре вы могли бы в общих чертах дать комментарий его чувствам («Ваш голос звучит так, словно у вас не самый лучший период в жизни») и выстроить некую структуру. Например: «Я хочу попросить вас в отрезке времени между этим моментом и нашей встречей подумать, какого рода проблемы есть в вашей жизни и какую именно помощь вы желаете получить. Кроме того, я прошу вас завести дневник. Почувствовав наступление депрессии, лучше сесть и в свободной форме написать о происходящем у вас внутри. Помните: если вы действительно расстроены, эти чувства могут оказаться очень полезными в нашей работе, так как у вас будет при себе хороший материал для нашей первой встречи».

Расслабьтесь. Нет необходимости сразу решать проблемы клиента. Для их оценки выделите время на знакомство с человеком и получение представления об образе его мыслей. Клиент с большей вероятностью будет обсуждать личные проблемы, если видит искреннее желание терапевта его выслушать.

Блок 5.6

Некоторые клиенты приходят на РЭПТ с имеющимися ожиданиями, особенно те, кто ранее проходил недирективную терапию. Они могут говорить (кажется, бесконечно) о своих проблемах. Например, клиент по имени Джей неделями и в мельчайших подробностях описывал свои неприятности на работе, одновременно рассуждая о бесполезности мыслей об увольнении. Он целиком и полностью увяз в этом. Такие клиенты повторяют почерпнутый из предыдущей терапии пересказ прошедшей недели. Это оставляет мало времени для научения новым реакциям на проблемы.

РЭПТ – активная терапия. Мы сообщаем клиенту, что:

а) можем предложить больше;

б) клиент может сделать больше, чем просто излить душу.

Сообщаем об этом уважительно. Вот один пример: «Джей, ты выполнил хорошую работу по определению проблемы. Как считаешь, будет ли полезным вместе рассмотреть твои мысли в этих ситуациях и то, как можно думать по-другому?»

Подготовка клиента к модели РЭПТ

Как мы упоминали выше, подготовка может начаться с разговора по телефону, еще до первой встречи, и состоять в рассказе клиенту о проводимой вами терапии, информировании его о том, чего стоит ждать во время первого визита, а также в проявлении открытости и сотрудничества при общении. РЭПТ – проблемно-ориентированный подход к психотерапии. Спрашивая клиента: «Какую проблему вы хотели бы обсудить в первую очередь?» или «Какая проблема больше всего беспокоила вас на прошлой неделе?» – терапевт сообщает следующее:

- Вы оба находитесь здесь для выполнения своей работы.
- РЭПТ – целенаправленный и эффективный подход к решению эмоциональных проблем.
- Процесс будет в значительной степени активным и директивным.

ОБЩАЯ ОЦЕНКА

Во время своего первого визита клиенты Института Альберта Эллиса в Нью-Йорке получают целый пакет опросников для заполнения дома. Их целью является уменьшение времени сессии, потраченного на получение основных биографических данных, помощь клиенту в сосредоточении на своих целях и предоставление терапевту информации для подготовки концептуализации случая и плана лечения. В дополнение к помощи терапевту по выработке гипотез о проблемах клиента эти данные дают представление о базовых параметрах нарушения, на основании которых можно отслеживать дальнейший прогресс.

Пакет включает биографический опросник (см. приложение 3), Клинический многоосевой опросник Миллона-III (Millon, 1987, 1988), скрининг-тест на наличие психических заболеваний (Zimmerman and Matia, 2001), краткую шкалу гнева (DiGiuseppe and Tafrate, 2004), шкалу удовлетворенности жизнью (Diener, Emmons, Larsen, and Griffen, 1985), опросник оценки результатов (Lambert, 1996) и шкалу установок и убеж-дений-2 (DiGiuseppe, Leaf, Robin, and Exner, 1989). Все заполненные формы вносятся в компьютерную базу Института Альберта Эллиса и возвращаются терапевту вскоре после первого визита клиента.

Во многих психиатрических клиниках клиентов могут вынуждать к длительным пересказам их социальной истории и подвергать рутинному психологическому тестированию. Зачастую им не говорят, зачем это нужно. Стандартизированные процедуры могут способствовать общеизвестной тенденции клиентов разных клиник быстро бросать лечение, причем необязательно из-за нетерпения, а по причине утраты уверенности в грядущем удовлетворении своих потребностей. Мы считаем, что большая часть рассматриваемой другими терапевтами информации не нужна или не в состоянии предоставить необходимые для начала терапии сведения. Исходные данные полезны, но следование ригидной схеме досконального изучения истории клиента перед началом терапии может повредить взаимопониманию. Кого-то может напугать масса обезличенных стандартизированных тестов; другие считают, что большая часть тестов бессмысленна и терапевт теряет драгоценное время, которое можно использовать для помощи. При наличии стыда или

беспокойства клиентов из-за разоблачения своих проблем они, скорее всего, будут скрывать их во время как расширенного, так и краткого опроса.

Эффективнее всего работать над вопросом, который желает обсудить клиент, когда терапевт демонстрирует безоценочное принятие в надежде, что тот будет рассматривать его как компетентного и заслуживающего доверия человека, которому можно раскрыть «секреты». Таким образом, перед началом работы не надо дожидаться «реальной» проблемы или списка всех проблем. Возьмите любое активирующее событие, его эмоциональное или поведенческое следствие, которым готов поделиться клиент, и используйте его для обучения модели ABC. Так клиент получит помощь уже во время своего ознакомления с теорией РЭПТ.

Ввиду того что РЭПТ является когнитивной терапией, в интересах терапевта быстро оценить осуществление клиентом когнитивных функций. Стандартный набор психологических тестов рекомендуется для оценки большинства детей, но не обязателен для взрослых. Однако бывают случаи, когда стандартизированные тесты оказываются полезны для получения информации о когнитивных функциях и у взрослых. Когнитивный дефицит может иметь неврологическую основу, отвечающую не только за психологические проблемы, но и за любой сопутствующий дефицит социальных навыков. Без проведения тщательного обследования и психологического тестирования эта неврологическая основа может остаться незамеченной. Имейте в виду: Джордж Гершвин годами посещал психоаналитика, чтобы избавиться от головных болей, а умер от опухоли головного мозга.

Иногда когнитивный дефицит является результатом хронического злоупотребления алкоголем или наркотиками, что может стать неожиданной новостью для клиента, заявляющего, например, что «он никогда не прогулял ни одного рабочего дня». Обычно рекомендуется спрашивать (даже если письменные опросники включают эту тему) о роли алкоголя и других психоактивных веществ в его жизни, а также о случаях, когда их употребление может превышать обычную норму. В целом при подозрении на то, что клиент не дает точной картины определенной проблемы, рекомендуется проводить подтверждающие интервью с членами семьи.

Хорошая диагностика – первый шаг к хорошему лечению. В РЭПТ основная диагностика сосредоточена на определении вызывающих эмоциональный дистресс дисфункциональных систем убеждений, но важна и диагностика других проблем. Начиная с первой сессии, терапевт создает картину текущей жизни клиента путем сбора разрозненных фрагментов информации. Некоторые фрагменты берутся из биографических и других письменных опросников, но большая часть появляется в неформальной обстановке во время сессии.

В дополнение к ABC-анализу системы убеждений клиента (как описано в следующих главах) терапевт проводит тщательный поведенческий анализ главных проблем. Хорошая исследовательская работа часто требуется для установления *факторов прошлого и последствий* конкретного целевого поведения. Например, если клиент просит помощи в борьбе с ожирением, терапевт может следовать рекомендациям поведенческой терапии и попросить его записывать, где и когда он питается, какую еду съел, а также какими были его настроение и мысли во время приема пищи и его непосредственные последствия (внутренние и внешние). Роль,

которую играют в жизни клиента значимые другие люди, также может быть важной: поощряет ли человека с ожирением супруг(а) съесть еще одну порцию? Что мотивирует поведение супруга(и)? Что значило бы для супруга(и), если бы клиент сбросил вес?

Блок 5.7

Поскольку все клиенты уникальны, они хотят разных вещей; некоторые сразу вливаются в процесс и начинают терапию, другие двигаются медленнее и хотят рассказать больше деталей. Один клиент энергично защищался от попыток терапевта «приступить к работе», говоря: «Сначала я хочу рассказать вам побольше о себе, моей семье и прошлом. Так я почувствую, что вы лучше меня поймете, и, возможно, смогу больше доверять вашим словам».

Если вы не уверены в том, чего хочет клиент, задайте вопрос. Можно спросить: *«Какая информация, по вашему мнению, мне нужна, чтобы вам помочь?»* Этот вопрос также позволяет выразить имплицитную теорию терапии клиента. *«Как вы думаете, что вам поможет?»* – этот вопрос проясняет концепцию клиента о задачах терапии.

Определение и согласование проблемных областей

Клиенты обычно расплывчато излагают свои проблемы или выражают их в виде внешних проблем. Например:

• У меня проблемы с дочерью.
• У меня проблемы в социальной жизни.
• Нужна помощь с нашим браком, мы не общаемся.

Поэтому одной из первых задач при подготовке к терапии является достижение согласия при определении проблем(ы). В РЭПТ мы нацеливаем клиента на то, каким образом затрагивает его проблема, и тем самым обращаем его внимание на поведенческие и эмоциональные аспекты проблемы, а в конечном итоге на связь В и С.

Например:

К.: Моя проблема в том, что моя восемнадцатилетняя дочь просто сидит дома, слушает свою музыку и сводит меня с ума!

Т.: Похоже, вам трудно с этим жить. Может, таким образом вы также создаете себе вторую проблему? Вы требуете, чтобы она вела себя не так, как обычно, и заставляете себя сердиться?

Иногда понятие проблемы клиентом может скрывать реальные проблемы диагностики. Рассмотрим человека, говорящего, что у него «проблемы с социальной жизнью». Можно предположить, что проблема эмоциональная – социальная тревога или поведенческая проблема – дефицит социальных навыков. Однако первое погружение в тему может выявить, что в обществе клиент немилосердно себя унижает, неудачно шутит над собой и, конечно, является не самой приятной компанией. В чем заключается его реальная проблема? Скорее всего, это депрессия. Смысл в том, что терапевту лучше просить клиента прямо и конкретно излагать характер проблемы. В данном случае, например, можно спросить: «Откуда вы знаете,

что у вас проблемы с социальной жизнью?», «Когда в последний раз у вас возникали проблемы в этой области?», «Какими они были?», «Какую обратную связь вы получали от других?» И так далее.

Предположим, что вы с клиентом не можете договориться о самой насущной или серьезной проблеме. Вы считаете, что изложенная проблема – своего рода ширма либо утаивание других проблем. Работаете вы над названными вам проблемами и показываете клиенту процесс РЭПТ или пытаетесь добраться до «реальной» проблемы? Мы рекомендуем сделать первое. В ряде случаев проблемы-ширмы могут оказаться проверкой со стороны клиента, способны ли вы помочь. Подобные ситуации иногда служат причиной, по которой полученная во время первого визита диагностическая оценка может оказаться неэффективной. В любом случае это учит тому, что оценка проводится *на протяжении всей* терапии, а не только в начале. Мы считаем, лучше подождать, пока клиент сам не озвучит проблему на начальных этапах терапии.

Проблемы могут излагаться вами в виде рабочей гипотезы, чтобы показать клиенту готовность ее изменить. Не существует такой вещи, как окончательная оценка или диагностика характера проблемы. Хорошие клиницисты всегда готовы ошибаться и менять мнение о своих концептуализациях при получении новой информации. Делясь ими с клиентами, мы моделируем самораскрытие, использование научного метода, готовность проверять свое мышление и делать ошибки. Обмен гипотезами создает сотрудничество и уважение. Желательно не высказывать гипотез в форме декларативных предложений. Используйте предположения, выражайте гипотезу в виде вопроса, требующего получения обратной связи. Говоря: «Шэрон, у меня есть гипотеза, что твоя социальная проблема может быть связана с депрессией, и я хотел бы знать, какие у тебя мысли по этому поводу?», – вы демонстрируете уважение к клиенту, спрашивая его мнение.

А если клиент не в состоянии выделить конкретную проблему? Вопрос, задаваемый терапевтом, может звучать так: «Если бы это была наша последняя сессия, что вы хотели бы от нее получить?». Тогда клиент может начать формулировать свои цели лечения и, вероятно, окажется в состоянии исследовать чувства или поведение, мешающие ему их достичь.

Если на данном этапе вы не достигли согласия относительно характера проблемы клиента, можете предложить ему вести «дневник проблем». Поощряйте клиента отслеживать нарушенные эмоции в течение недели и рекомендуйте записывать их, а также когда и при каких обстоятельствах он их испытал. Еще одна рекомендация для испытывающих трудности с определением целей клиентов – попросить заполнять расписание целей, содержащееся в «Руководстве для практиков РЭПТ» (Wolfe and Bernard, 2000), где цели разбиваются на три месяца в соответствии с увеличением или уменьшением доли определенного поведения, мыслей, эмоций и ощущений.

Как правило, мы рекомендуем согласовывать с клиентом определение проблемы до перехода на этап ее оценки. Давая более точную оценку проблемной области, будьте максимально *конкретны* и *детализированы*. Ваш клиент переживает эмоциональную проблему и придерживается связанных с ней иррациональных убеждений во многих смыслах. Конкретика способна дать надежные и достоверные

данные об А, В и С. Один из способов ее моделирования – вопрос о *недавнем* или *типичном примере* намеченной вами проблемы. Например: «Когда в последний раз с вами случилась Х?»

Определение целей лечения

Во время первых нескольких сессий терапевт вместе с клиентом устанавливает цели терапии. Заключаются косвенные или предпочтительно прямые соглашения, чтобы обе стороны через какое-то время могли определить, достигнут ли прогресс в терапии. На самом деле частая проверка достижения согласованных целей способствует не только ответственности терапевта, но и вовлечению клиента, а также его приверженности этому процессу. Подтвержденная им готовность к достижению целей также позволяет терапевту вспоминать о них, когда клиент отвлекается и не выполняет свою задачу.

Например:

• Алиса, не сосредоточившись на выполнении X, разве ты не мешаешь себе достичь поставленной цели?

• Сэм, как ты можешь достичь своей цели – построить отношения, если не будешь встречаться с другими людьми?

Большинство терапевтов придерживаются профессионально-этического кодекса, подразумевающего, что их работа направлена на помощь клиентам в изменении того, что они хотят изменить. Цель терапевта не искоренить все иррациональные убеждения клиентов, а работать над их проблемами в качестве консультанта. Терапевт может видеть главные, не указанные клиентом проблемы, и захотеть их обсудить. Например: «Джон, думаю, у тебя есть и другие, не названные тобой проблемы, и вот причина, по которой, я считаю, мы могли бы поработать над ними». Однако окончательное решение остается за клиентом.

В дополнение к установлению долгосрочных целей терапии мы рекомендуем ставить еженедельные цели. В конце каждой сессии вы можете просматривать каждую из проблемных областей, определять следующий шаг в работе над ними, напоминая себе о необходимости следить за успехом в решении более ранних проблем, и намечать цели следующих сессий (использование планов лечения подробно обсуждается в части 5 «Терапевтическое целое»).

Согласование целей лечения

К этому моменту сотрудничество в определении целей лечения идет полным ходом. Однако порой возникают сложности. Вы можете обнаружить, что у вас с клиентом разные цели. Это часто происходит при консультировании по вопросам брака, в сексуальной терапии и с клиентами, имеющими проблемы с гневом и чувством вины. Клиенты могут хотеть изменить **А**, найти практические или поведенческие решения. В большинстве случаев в РЭПТ мы стремимся к *эмоциональному решению*, прежде чем нацеливаться на практическое или поведенческое. Другими словами, поощряем клиентов сначала работать над С, а не менять А. Почему мы хотим сначала работать над эмоциональной проблемой? Существует три причины:

Нарушенные отрицательные эмоции могут мешать научению. Закон Йеркса – Додсона напоминает нам о существовании в большинстве случае параболы, связывающей результаты деятельности и интенсивность эмоционального возбуждения. При слишком слабом возбуждении симпатической системы мы ведем себя как «расслабленные невежды», при очень высоком – испытываем трудности как «сверхтревожные недоучки».

Нарушенные отрицательные эмоции могут влиять на способность человека решать проблемы. Поэтому поиск и принятие разумных решений жизненных проблем в этом случае может быть затруднен.

Даже при научении функциональному поведению нарушенные отрицательные эмоции могут мешать выработке этого поведения. Например, Шварц и Готтман (Schwartz and Gottman, 1976) обнаружили, что проблемы с ассертивностью обычно являются не результатом дефицита навыков, а снижением производительности.

Работа с нарушенными отрицательными эмоциями может рассматриваться как необходимая, но *не обязательно достаточная*: замена их здоровыми, ненарушенными отрицательными эмоциями, освобождает человека для решения *практических* проблем или для самореализации и улучшения качества жизни. И то и другое важно.

Проблемы в достижении Общих целей

Будьте внимательны, когда клиенты формулируют свои цели с точки зрения терапевтического *процесса*, а не эмоционального или поведенческого результата. Например: «Я действительно хочу *понять*, почему я в такой депрессии», «Я хочу узнать, какие на самом деле у меня иррациональные убеждения» или «Я хочу узнать, каким образом я стал таким иррациональным». Эти цели расплывчаты, терапевт или клиент вряд ли будут знать, как оценить их достижение, и переживут фрустрацию, оглянувшись на проделанную работу с целью выяснить полезность терапии.

Дайте оценку, являются цели клиента *реалистичными* или полезными для него. Например, от Паоло только что ушла жена, и цель терапии состояла в том, чтобы *быть счастливым, не расстраиваться* из-за ее ухода и принять то, что ее поступок был *совершенно нормальным.* Маловероятно и, возможно, нежелательно, чтобы Паоло добился успеха в этой цели. С наступлением одинокого субботнего вечера или при посещении им тех мест, где он часто бывал с женой, наплевательское отношение к ситуации, скорее всего, долго не продержится. Представление о том, что разрыв «не имеет значения», потерпит крах, потому что он важен. При выборе клиентом неподходящей эмоциональной цели он не сможет ее придерживаться, так как убеждение в ее достижении *априори* иррационально и не соответствует действительности. Чтобы испытать счастье по поводу ухода супруга, нужно верить во что-то вроде: «Замечательно, что она ушла». Это убеждение несовместимо с реальностью, потому цель недостижима. Завершение брака Паоло было несчастливым событием, и, вместо того чтобы подыгрывать клиенту в его отрицании или эмоциональной диссоциации, терапевт мог помочь Паоло стремиться к более рациональным и реалистичным убеждениям, признающим несчастливую реальность и допускающим соответствующую грусть и даже скорбь без впадения в отчаяние и мучений.

Иногда люди сопротивляются изменениям, потому что испытывают эмоциональные страдания, и все же верят, что им *подобает* испытывать такие эмоции. Зачастую это чувство вины, обычно гнев, а иногда депрессивные настроения. Например, впавшую в депрессию вдову из Италии, чей муж умер пять лет назад, сподвигли обратиться за помощью к терапевту ее дети. Она очень сопротивлялась переменам. Обсудила с терапевтом уместность своего горевания. Была уверена, что со смертью мужа ее жизнь закончилась. Терапевт спросил, будет ли неуместным *не* быть несчастной, на что клиентка ответила, что не может себе это представить. Терапевт поддразнил ее: «Знаете, так можно горевать вечно!» Клиентку, казалось, поразила эта реплика, она на мгновение о чем-то задумалась, а потом рассказала, что несколько лет назад они с мужем путешествовали по Сицилии и гид показал им затянутый черной тканью «дом вдовы». Муж той сицилийки умер двадцать шесть лет назад, а она все еще была безутешна. Воспоминание заставило клиентку задуматься: «Наверное, мое горе длится слишком долго и неуместно». Решив, что *затянувшееся* горевание – эмоциональное бремя, которое необязательно нести, она смогла переосмыслить ужас по поводу кончины мужа.

Иногда терапевтическая цель кажется клиентам недостижимой, так как они не в состоянии *концептуализировать* новую эмоцию и могут не согласиться с ее

адаптивностью и большей функциональностью. Лила, например, занималась промискуитетом и чувствовала себя виноватой. Поначалу она не соглашалась отказаться от своей вины, так как чувствовала, что иначе навсегда окажется в пучине разврата; верила в необходимость вины для сохранения самоконтроля. В конце концов Лила научилась отличать ответственное сожаление от чувства вины.

Ниже приведен еще один пример. Терапевт в течение пяти недель работал с отцом семейства, чтобы помочь ему перестать испытывать приступы ярости в отношении своих детей. На шестой сессии отец удивленно поднял глаза и сказал: «Подождите секунду. Вы хотите, чтобы я не злился на своих детей?» Терапевт ответил: «Ну наконец до вас дошло!» Дело в том, что в данном случае это было упущением терапевта. Отец верил в необходимость гнева для дисциплинирования детей, а терапевт упустил из виду обсуждение с отцом других эмоций, которые помимо гнева могут привести к ответственной дисциплинированности.

Во многих случаях клиенты не имеют *ролевых моделей*, чтобы давать адекватные эмоциональные и поведенческие реакции. Терапевт может попросить клиента выбрать известных ему людей (или публичных личностей), переживших такое же активирующее событие, но адекватно на него отреагировавших, пусть и негативно. Так терапевт помогает найти модель: клиент не может работать над достижением цели, которую не в состоянии осмыслить и концептуализировать.

К.: Я никогда не смогла бы быть счастливой, не имея рядом мужчины.

Т.: Знакома ли вам находящаяся в подобной ситуации женщина? Без мужчины, но достаточно счастливая?

К.: Нет. Ну… может быть.

Т.: Давайте найдем ее и спросим. Может, нам также удастся найти женщин, которым иногда грустно без мужчин, но они не пребывают в депрессии. Они не всегда рады этому факту, но нормально живут.

Конечно, терапевту следует тщательно изучить убеждения, выраженные этими моделями. Мы не хотим пропагандировать параллельную иррациональность вроде заявления: «Все мужики – паразиты, зачем они нужны?» Такая, взятая в качестве образца для подражания женщина может не испытывать депрессии, потому что она заменила отчаяние столь же деструктивным, нездоровым гневом.

Иногда образцы находятся в группах самопомощи или поддержки. Например, расстроенные родители ребенка с синдромом Туретта могут найти не только поддержку, но и модели для выражения разных уровней отрицательных *ненарушенных* эмоций в соответствующей группе. Одна молодая мать, чей маленький сын заболел *алопецией* и внезапно потерял все волосы на теле, нашла выход, основав группу поддержки алопеции, используя РЭПТ в качестве подкрепления.

Иногда клиенты считают, что они – единственные люди с особыми проблемами. Это часто приводит к самоосуждению и ощущению безнадежности относительно любого решения проблемы. Один из нас работал с клиенткой, находившейся в депрессии из-за мыслей о неполноценности, которая назвала свою проблему «ощущением неполноценности». Она считала, что такой проблемы нет ни у кого и помочь ей некому. Терапевт попросил ее выйти с ним на улицу и спросить людей, есть ли у них ощущение собственной неполноценности и как с ним бороться. И

терапевт, и клиентка были удивлены тем, что все остановленные люди хотели подробно поговорить на эту тему. Кроме того, у них появилось много вариантов решений. Клиентка вернулась с прогулки, обретя веру в перспективность беседы о данной проблеме и в то, что она может научиться принимать себя с такими чувствами.

Глава 6

Базовые навыки терапии

В РЭПТ, как и в других формах психотерапии, определенные качества терапевта способны помочь выстроить взаимопонимание и максимизировать терапевтические выгоды. Ниже перечислены некоторые качества терапевта, приведенные Роджерсом (Rogers, 1951) и Каркхаффом (Carkhuff, 1969) с описанием, как их использовать на сессии.

Качества хорошего РЭПТ-терапевта

Эмпатия – это способность точно воспринимать переживаемые другим человеком чувства и эмоции и передавать свое восприятие. Терапевт с развитой эмпатией обращает внимание не только на слова, но и на невербальные аспекты поведения для точного восприятия эмоционального состояния клиентов. Затем он дает им понять, что ему известно как об их положительных эмоциях, так и об эмоциональном дискомфорте. Эмпатия создает у клиента ощущение принятия, обеспечивает корректирующий эмоциональный опыт, благоприятствует исследованию смысла и активирует самоизлечение, а все это в совокупности улучшает комплаентность в лечении. Среднее значение эффекта эмпатии составляет 26 и объясняет четыре процента дисперсии в терапевтических отношениях (Norcross and Lambert, 2011). Бохарт, Эллиотт, Гринберг и Уотсон (Bohart, Elliott, Greenberg, and Watson, 2002) обнаружили доказательства того, что для конечного результата когнитивно-поведенческой терапии эмпатия может быть важнее, чем в случае иных терапий. Однако Норкросс и Ламберт (2011) не смогли подтвердить это в своем анализе.

РЭПТ-терапевт с развитой эмпатией дает понять клиентам, что понимает не только их чувства, но и *мысли*. Например: «Похоже, вы несчастны. Может быть, вы также думаете о том, что было бы ужасно *потерпеть* неудачу?»

При отражении терапевтом и мысли, и эмоции клиента последний может выбрать работу с любой из них, но отражение лишь эмоции исключает данный вариант. Иногда клиенты бывают изумлены двойным отражением и, видимо, пребывают в уверенности, что терапевт читает их мысли.

Мы придерживаемся мнения, что демонстрация эмпатии клиентам имеет двойную цель. Она включает *понимание* и, что еще важнее, *помогает* совместно конфронтировать с их иррациональными убеждениями и оказывать на них влияние, стимулируя переосмысление своих проблем и помогая предпринимать шаги для поиска решения. Мы обнаружили, что клиенты чувствуют себя лучше всего понятыми, когда их проблемы не только поняты, но и появилось ощущение обретения того, кто действительно помогает решить вопросы, с которыми они не могли справиться самостоятельно.

Блок 6.1

Вы будете часто наблюдать поразительные улучшения настроения клиента во время сессии. Клинические исследования с использованием замеров до и после сессий указывают на то, что около 90 % изменения настроения могут предсказывать два фактора:

• техническая часть часовой сессии, например процент изменений в системе убеждений клиента

и

• воспринимаемая эмпатия терапевта, то есть степень понимания, заботы и поддержки терапевтом с точки зрения клиента.

Это независимые, но аддитивные эффекты.

Уважение становится очевидным, если терапевт демонстрирует глубокое и искреннее признание ценности клиента независимо от его поведения. Сам факт существования клиента уже оправдывает такое уважение. Терапевт уважает его право принимать собственные решения, даже неверные, поскольку на ошибках можно многому научиться. Уважая клиента, вы не отвергаете его и не слишком опекаете. Вместо этого способствуете обретению им независимости, веры в себя и уверенности в собственных силах.

РЭПТ-терапевт выказывает клиентам свое уважение, несмотря на их несогласие с ним по некоторым философским вопросам. Таким образом, терапевт четко разграничивает самого клиента и его дисфункциональные мысли и поведение. Увидев модель безусловного принятия других людей, клиенты узнают, что тоже могут отделить свою ценность как человека от своего поведения и результатов деятельности и принять безусловное самопринятие.

Теплота передается клиенту уместным использованием прикосновений, улыбок и других невербальных жестов, а также позитивными комментариями с выражением участия и привязанности к нему.

РЭПТ-терапевт демонстрирует участие и заботу о клиенте следующими способами:

1) внимательно следя за поведением клиента;

2) часто задавая вопросы для уточнения или терапевтического вмешательства;

3) вспоминая детали личной жизни клиента и его проблемы;

4) используя мягкий юмор;

5) безусловно принимая;

6) быстро и активно пытаясь помочь клиенту решить сложные проблемы.

Искренность выражается в отсутствии притворства и попытки разыграть некую роль. Сделайте свое вербальное и невербальное поведение конгруэнтным. Во время терапии оно не должно резко отличаться от поведения вне терапевтических отношений.

Будучи РЭПТ-*терапевтом*, вы можете пойти еще дальше. Активная конфронтация требует искренности, а та, в свою очередь, – честности. Таким образом, РЭПТ-терапевт может открыто не соглашаться с клиентом, прямо просить разъяснений в случае недопонимания и без колебаний отвечать на его вопросы.

Блок 6.2

Будьте внимательны и следите за уровнем проявляемой теплоты, заботы и участия. Слишком много хорошего тоже способно стать проблемой. Терапевты, как и клиенты, часто восприимчивы к «острой потребности одобрения», и РЭПТ-терапевту следует проявлять осторожность, обращая внимание на иррациональные убеждения, которые могут возникнуть в контексте терапевтических отношений. Бесконтрольная потребность в одобрении мешает клиентам по-настоящему усердно работать для изменения себя и порой удерживает терапевта от проявления достаточной твердости в руководстве изменением. Очень важен внимательный самоконтроль.

Конкретность объясняется спецификой работы терапевта над проблемами клиента. Внимание к деталям очевидно: терапевт запрашивает конкретные, специфичные детали (что, когда, где и как) опыта клиента. Терапевты часто задают конкретные вопросы к специфичным примерам и ведут клиента через всесторонний анализ этих ситуаций.

РЭПТ-терапевт придает большое значение деталям восприятия, когниций и эмоций клиента. Не поощряйте клиента рассказывать в подробностях только о внешних обстоятельствах (A), лучше сосредоточьтесь на системе убеждений.

Конфронтация означает, что терапевт обнаруживает и говорит клиентам о несоответствиях:

1) между тем, что они говорят сейчас, и тем, что они говорили раньше;

2) между тем, что они сообщают вербально и невербально;

3) между тем, как видят проблему они и он (терапевт).

Конфронтация в консультировании особенно поощряется, если терапевт заметил несоответствия в мыслях, чувствах и действиях клиента. Например, терапевт может сказать: «Джон, ты только что описывал, как твой отец приходил домой пьяным, однажды схватил твоего брата и швырнул его так, что тот полетел через всю комнату, – и рассказывал мне все с улыбкой на лице. И что же это было? К чему это было?» или «Мэри, вы начали разговор с описания прекрасной семейной жизни, но истории, которые вы рассказали мне о своей семье, похоже, не согласуются с этим выводом».

РЭПТ-терапевт уделяет особое внимание несоответствиям между мыслями клиента и сообщаемыми эмоциями. При возникновении разночтений важно указать на них клиенту и попросить разъяснений. Обычно во время сессии клиенты сообщают о рациональном убеждении и нездоровой отрицательной эмоции. В таком случае РЭПТ-терапевт объясняет, что клиент придерживался иррационального убеждения на тот период времени либо сообщаемая им во время сессии эмоция была не нездоровой, а скорее здоровой отрицательной.

Конфронтация требует смелости и является одним из самых мощных и ценных инструментов терапевта. Например, он может указать клиенту: «Мэри, ты говоришь, что не злишься, но сидишь со сжатыми кулаками!» или «Фред, ты говоришь, что у тебя нет проблем, но что тогда ты забыл здесь, в тюрьме?»

Блок 6.3

В некоторых областях клинических исследований требуется мягкая настойчивость конфронтации, а не таран. Прототип такого подхода появляется в работе с пережившими насилие или алкоголизм в семье людьми, которые часто кажутся «суперстоиками», потому что справляются с проблемой благодаря «незнанию» о ней. Разговор может указывать на их жизнь в фантазиях («Мое детство было замечательным»), в отрицании («В детстве мне очень нравилось лежать в больнице») или где-то между вытеснением и диссоциацией («Я особо не помню свое детство»).

Помните, это – возникшие по уважительным причинам защитные стратегии. Защита – попытка избежать того, что кажется «непознаваемыми» и

«невыносимыми» воспоминаниями, а также аффективными состояниями. Наша цель в конфронтации – помочь пережившим насилие людям узнать, что с ними произошло, испытать сильные отрицательные эмоции по этому поводу и не быть подавленными этими чувствами.

Каркхафф (Carkhuff, 1969) описал разные уровни конфронтации: от довольно мягкой до ярко выраженной ассертивной. *РЭПТ-терапевт* обычно работает на вершине этой градации, наиболее выраженных уровнях. Такой подход основан на ряде теоретических положений:

а) в отличие от других терапий, здесь отсутствует понятие «готовности» клиента к конфронтации или инсайтам;

б) посредством конфронтации клиентов с неосознаваемыми ими ранее аспектами собственного поведения можно оперативно сосредоточить их внимание на нужных проблемах;

в) конфронтация вряд ли причинит страдания клиентам, так что им не требуется чрезмерная опека.

Таким образом, посредством конфронтации РЭПТ-терапевт фактически выражает уважение к клиенту. Однако до начала конфронтации на высших уровнях мы рекомендуем создать крепкий терапевтический альянс.

Конфронтация сложна для многих начинающих терапевтов. Несмотря на это, она может оказаться весьма эффективной стратегией в начале терапии. Во время первого контакта с клиентом по телефону терапевт объясняет некоторые элементы и принципы РЭПТ. Кроме того, полезно обсудить некоторые проблемы, которые могут возникнуть на первой сессии (например, тревога из-за разговора о своих проблемах, другие неизвестные клиенту эмоции). При выборе конфронтации важно, чтобы клиент знал и о своей большой ответственности за весь процесс, в том числе говоря «нет» конкретной конфронтации. С другой стороны, в обязанности терапевта входит расспросить клиента в случае нежелания конфронтации. Важно выявить существование любых иррациональных убеждений, таких как непереносимость фрустрации.

Иногда клиент покидает кабинет, вооруженный идеей терапевта о том, как он погрузился в депрессию из-за определенной жизненной ситуации (зная, какое ИУ за нее ответственно). Однако после рефлексии, в промежутке между сессиями, клиенты могут обнаружить, что гипотеза терапевта не соответствует действительности и их мысли по данному поводу различаются. К этому вопросу легко вернуться на следующей сессии: «Да, я думал, что это так, но теперь, когда я хорошенько подумал, мне кажется, что…». Важно обсудить с клиентами их право сообщить терапевту о его ошибке.

Такое обсуждение имеет три преимущества:

1) терапевт может выяснить, насколько осторожно следует предлагать гипотезы во время сессии из-за сдерживания клиента социально желательным поведением;

2) клиент понимает, что терапевт больше интересуется его проблемами, чем своими гипотезами;

3) обсуждение заставляет клиента быть ответственным за собственную терапию.

Ключ к формированию сотрудничества заключается в сопровождении такой конфронтации запросами обратной связи: «Что вы думаете или чувствуете, когда я

произношу эти слова?». Реплика терапевта является стимулом для получения эмоционального и когнитивного ответа. Обратная связь может использоваться в диагностических либо сотруднических целях, в зависимости от реакции клиента на содержание и (или) процесс конфронтации. Разные элементы реакции клиента могут рассматриваться отдельно.

Для установления взаимопонимания важны еще три качества терапевта – самораскрытие, использование юмора и активно-директивный стиль. *Самораскрытие* привносит в общение человеческое участие. В подходящий момент терапевты могут раскрывать собственные мысли, идеи, чувства и установки на благо клиента. Например, терапевт может сказать: «Джо, мне известно, через что ты сейчас проходишь. Дело в том, что несколько лет назад я пережил то же самое, и вот как я с этим справился». В таких случаях пример терапевта может подарить клиенту надежду, поскольку психолог предполагает наличие у себя схожей проблемы, с которой он успешно справился. Таким образом, он моделирует рациональность, демонстрируя нужный для решения конкретной проблемы образ мыслей и поведение. Кроме того, терапевт моделирует самораскрытие, демонстрируя доверие к клиенту. Такое поведение превращает типичное одностороннее общение во взаимное. Самораскрытие также может стать хорошим способом обучения модели РЭПТ в стиле копинга, а не на профессиональном уровне. Иногда клиент спрашивает РЭПТ-терапевта, применяет ли он сам на практике то, что проповедует. Отвечая, важно быть честным. Я (Кристин Дойл) обнаружила, что клиенты с облегчением узнают о моей непереносимости фрустрации относительно технологий. Я стараюсь служить образцом естественной человеческой склонности к ошибкам, одновременно показывая клиентам важность работы над моими собственными иррациональными убеждениями.

Однако самораскрытие полезно, только если оно актуально относится к проблеме. Терапевт может проверить это, спросив себя: «Какая польза клиенту от этого самораскрытия?» Имейте в виду, что основанием для самораскрытия терапевта является, в первую очередь создание взаимопонимания и моделирование когнитивных и поведенческих стратегий.

Блок 6.4

Уинди Драйден использовал себя в качестве образца, показывая клиентам, как он справился с тревогой из-за заикания. Основная стратегия заключалась в постоянном инициировании ситуаций разговора с его участием, «открывании рта» и повторении установки: «Если я заикаюсь, то я заикаюсь. Это не столь уж важно». Идея состояла в многократном повторении до момента привыкания к дискомфорту такой ситуации.

Кроме того, РЭПТ-терапевтам рекомендуется развивать и использовать здоровое *чувство юмора*. Очевидно, что клиент не является объектом для шуток, но, осторожно высмеивая иррациональные убеждения или рассматриваемые клиентом как катастрофы события, терапевт может поместить проблемы в более реалистичную перспективу. Например: «Кажется, у вас здоровый случай перфекционизма. Он не принесет много пользы, но приятно знать, что он хорошо развит!» С другой стороны, пытаясь указать на требовательность клиента, терапевт

может сказать: «Похоже, вы используете золотое правило наоборот. Помните золотое правило: поступай с другими так, как хочешь, чтобы поступали с тобой? Оно гласит, что другим следует поступать со мной так, как я с ними!» Как отмечал Эллис (Ellis, 1977c), «само по себе чувство юмора не излечит все эмоциональные проблемы, но отказ воспринимать неприятности *слишком* серьезно помогает во многих случаях».

Блок 6.5

У одного терапевта был клиент, который после высказывания относящегося к теме самораскрытия терапевта сказал: «Доктор, я плачу хорошие деньги не для того, чтобы слушать о ваших проблемах – давайте вернемся к моим». Поскольку нельзя заранее знать реакцию клиента, мы рекомендуем:

- Не слишком часто самораскрываться в начале терапии.
- Собираясь раскрыться, спросите себя: «Кому будет полезна моя история?» Это не ваша терапия. Если от пересказа истории выиграете только вы, не делитесь ею, а двигайтесь дальше.
- Используйте самораскрытие в малых дозах и запросите обратную реакцию клиента. Например: «Что вы об этом думаете? Есть ли в моей истории что-нибудь значимое для вас? Как бы вы могли это применить?».

Процессы изменения

Прохазка (Prochaska, 1999) признавал, что происходящие с клиентами во время психотерапии изменения объясняются несколькими процессами. Хотя РЭПТ занимается прежде всего когнитивными изменениями, мы стараемся включить в нашу терапию все эти методы. Ниже они описаны вместе с сопровождающими их действиями:

• Развитие осознанности – увеличение объема информации посредством наблюдений, сбора данных, чтения.

• Самооценка – оценка чувств и образа мыслей посредством выяснения ценностей, корректирующего эмоционального опыта.

• Резкое облегчение – эмоциональные переживания по поводу своих проблем или решений.

• Самоосвобождение – сознательное совершение выбора и принятие на себя обязательства следовать ему.

• Контркондиционирование – замена проблемного поведения альтернативным.

• Контроль стимула – избегание или контроль вызывающих проблемное поведение раздражителей.

• Подкрепление – вознаграждение за адаптивное, желательное поведение.

Части сессии

В рамках когнитивно-поведенческой модели существует формат сессии, цель которого – обеспечить выполнение всех аспектов терапии на каждой сессии. В этом разделе дан рекомендуемый формат типичной рабочей сессии. По ряду причин мы рекомендуем потратить некоторое время, стараясь следовать этой схеме.

Блок 6.6

Крайне важно, чтобы терапевты понимали, насколько сильное влияние они могут оказать на клиента. Обычно клиент пристально следит за словами, действиями и выражением лица терапевта, даже за его дыханием. Постарайтесь не недооценивать свое возможное влияние независимо от того, выражает это клиент словами или нет. Поддержка, забота и конструктивное переосмысление, рефрейминг в позитивном ключе – важнейшие умения, к сожалению, иногда отсутствующие или игнорируемые в ориентированной на практические навыки клинической подготовке. Обязательно следите за межличностными аспектами вашей работы по мере движения вперед.

Во-первых, формат сессии полезен клиентам, которых вы вводите в курс лечения. Многие чувствуют себя комфортно, зная, чего ждать каждую неделю во время часовой терапии. Предсказуемость формата сессии помогает до некоторой степени снять часто приносимую терапией внутреннюю тревогу. Кроме того, начинающие терапевты (или «аксакалы», пытающиеся освоить новую модель) находят эту структуру полезной, поскольку им приходится так часто о ней думать, что они чувствуют себя перегруженными, а структура упрощает рамки.

План работы

1. Предыдущие дела с прошедшей сессии.
2. Чекап-проверка: настроение, симптомы, лекарства.
3. Новые тренды жизнедеятельности: любые серьезные изменения в жизни.
4. Проверка домашнего задания.
5. Установление повестки дня.

ВРЕМЯ ОСНОВНОЙ РАБОТЫ В СЕССИИ…

1. Подведение итогов проделанной работы.
2. Назначение согласованного домашнего задания и выяснение возможных трудностей при его выполнении.
3. Заключительные вопросы.

Обратите внимание, что «время основной работы» втиснуто между двумя наборами задач по ее подготовке и завершению. Для максимизации рабочего времени прочие пункты должны быть краткими. Возможно, вам удобно настраиваться на работу около 10 минут и еще столько же времени уделять ее завершению. Значит, от обычного 50-минутного терапевтического часа может остаться всего 30 минут рабочего времени. Понимание этого поможет придерживаться плана каждой сессии в реалистичных пропорциях.

РЭПТ структурирована так же, как любая другая активно-директивная терапия, и приведенный выше план способен помочь выполнять работу более структурированно. Если начало и конец терапевтических сессий выполнены аккуратно, то средняя, рабочая часть пройдет намного более гладко. Здесь терапевту необходимо уметь *устанавливать повестку дня*.

Идея, лежащая в основе формирования повестки дня, заключается в том, что сессия должна быть фиксированной с точки зрения необходимых для выполнения задач. Установление повестки дня сессии исключает тенденцию дрейфа в сторону от центральной темы клиента или терапевта. Зачастую вступительные реплики больше напоминают светскую беседу, избегающую эмоционально заряженного материала, который хочет обсудить клиент. Если терапевт вместо руководства сессией плывет по течению, ломка социального шаблона и перенаправление его внимания станет задачей клиента, чем тот может заниматься неохотно, чтобы не показаться грубым или незаинтересованным. Альберт Эллис заботился о том, чтобы не начинать свои сессии с открытых вопросов, например: «Как прошла ваша неделя?». Он устанавливал повестку дня, спрашивая клиентов: «С какой проблемой вы хотели бы поработать сегодня?»

Блок 6.7

Иногда начинающие терапевты возражают против установления повестки дня, так как это противоречит взращенным в них понятиям о помощи клиенту. Вот фрагмент диалога между стажером РЭПТ и его наставником:

Стажер: Думаю, сложно заставить клиента перестать говорить и просто вернуться к плану. Это так некрасиво! Терапия имеет свою изюминку, как бы говоря клиенту: «Это ваше время, и вы можете использовать его, как хотите: говорить о себе и так далее».

Наставник: Да, *сложно*. И не соответствует вашему профессиональному обучению навыкам общения. Это похоже на деловой разговор. Однако я обнаружил, что клиенты, как только понимают структурированность данного вида терапии, обычно оценивают достоинства структуры. Они быстро приспосабливаются к ней при последовательном подходе терапевта. Быстро научаются тому, что последует за словами терапевта: «Остались ли у нас какие-то вопросы с прошлого раза? Как дела с домашним заданием? Произошли ли какие-то важные события, о которых мне следует знать? Что еще в повестке дня на сегодня?» Вскоре клиент привыкает и, как правило, приходит с подготовленными вопросами. Те, с кем была проведена самая вдумчивая работа, приходили с записями или карточками с планом.

Наша рабочая модель предполагает наличие пунктов, в соответствии с которыми терапевт может обсудить с клиентом то, на чем будет сосредоточена работа в этот день: «Сколько времени сессии мы потратим на “это” или на “то”? Есть ли что-нибудь еще, о чем нам следует поговорить сегодня?».

Опытный терапевт может быстро пройтись с клиентом по всем пунктам, принимая по каждому решение о необходимости рассматривать его в *рабочее время* сессии. Такая подготовка дает время на выполнение части работы, в конце которой вы останавливаетесь и возвращаетесь к началу плана со словами: «Хорошо, вот, что мы сделали. Было ли это ценным и полезным?», «Какое задание мы дадим вам на дом? С чего начнем в следующий раз?»

Установление повестки дня – умение, требующее тренировки, контроля, наставничества и практики. Важно помочь клиенту не отвлекаться до прихода к согласию по пунктам повестки. После согласования плана работы более продуктивно позволить клиенту говорить, а терапевту – слушать.

Рассмотрим по очереди каждый пункт плана:

1. *Предыдущие дела*. Терапевт может сказать что-то вроде: «Марго, есть ли у тебя какие-то негативные мысли или чувства, вызванные нашей последней встречей и возникшие после расставания?» Обратите внимание, что терапевт задает более конкретный вопрос, а не просто: «Есть какие-то вопросы по прошлому занятию?» Более того, он спрашивает о проблемах, потому что они – то, над чем их тандему следует работать. В конце предыдущей сессии терапевт спросил, имеются ли у клиента насущные вопросы по ее ходу, поэтому ему не надо переспрашивать. А после «переваривания» сессии в течение нескольких дней – есть ли *оставшиеся* вопросы, которые нужно добавить в план новой сессии.

2. *Чекап-проверка*. Терапевт проверяет настроение клиента в настоящий момент разными способами. Например, можно попросить его заполнить опросник оценки результатов, шкалу депрессии Бека (Beck, Steer, and Brown, 1996) или другую форму самоотчета во время ожидания в приемной. Или терапевт может попросить клиента вести журнал настроения либо учет приступов тревоги в течение недели и использовать время опроса для его просмотра. Если клиента беспокоит конкретный симптом (например, нарушение сна, побочный эффект лекарства), терапевт может

просто спросить о нем. В любом случае, как только клиент признает проблему с настроением или какими-то симптомами, задача терапевта – спросить: *«Хотели бы вы включить это в наш план работы на сегодня?»* Когда такой вопрос задан напрямую, ответ клиента может оказаться неожиданным. Например, клиенты часто говорят: «Нет, над этим я работать не хочу, а хочу поговорить о том, что сказал мне мой начальник!». Если терапевт не согласен с клиентом (например, считает, что тот избегает обсуждения, скажем, панической атаки, так как она сама по себе вызывает тревогу), то может оспорить решение клиента. Смысл в том, чтобы проверка настроения формулировалась в виде запроса, потому что в данный момент терапевт и клиент сообща работают над планом работы.

3. *Новые дела*. Терапевт спрашивает: «Произошли ли (за это время) какие-то серьезные изменения или события в жизни, о которых я должен знать, прежде чем мы продолжим?» Этот вопрос служит многим целям. Он может предотвратить проблему «на ход ноги» – неприятное явление, когда клиент говорит, открывая дверь кабинета, прежде чем уйти домой: «Кстати, доктор, меня уволили…», или: «Биопсия оказалась положительной…», или: «Я беременна». Знание событий недели также способно изменить значение отчета клиента о своих симптомах, обеспечив контекст для их понимания. Важно, что утвердительный ответ на данный вопрос позволяет терапевту спросить: *«Хорошо, это входит в наш план на сегодня?»* Помните, в этот момент мы занимаемся установлением повестки дня.

Блок 6.8

Студент: Предположим, клиент говорит: «У меня кризис, я просто хочу поговорить с вами и рассказать, что произошло».

Наставник: Тогда это и будет повесткой дня!

1. *Проверка домашнего задания.* Это особенно важный пункт, потому что, если терапевт о нем не спросит, клиент, скорее всего, решит, что домашнее задание не является важной частью процесса терапии, а это, безусловно, не является тем, что мы хотим донести до него в РЭПТ (см. главу 16). Терапевт может быстро проверить его, задав несколько запросов. Например: «У вас была возможность сделать домашнее задание? Как получилось? Было ли оно полезным?» Хитрость в предотвращении длительного обсуждения домашнего задания, общении в деловом ключе и напоминании клиенту: *«Если есть вопросы по домашнему заданию, нужно ли включить их в наш план на сегодня?»*

2. *Установление повестки дня*. На данном этапе у терапевта может быть несколько пунктов в плане и он может спросить, имеются ли другие пункты, которые нужно в него включить: «Есть ли конкретная проблема, о которой вы хотите поговорить, или мы начнем с того места, где остановились в прошлый раз?» Вероятно, терапевту также придется расставить приоритеты и договориться с клиентом в случае множества вопросов. В плане порой оказывается слишком много пунктов для обсуждения на отведенное время. В этом случае терапевт может спросить клиента: «Если у нас будет время только для одного вопроса, на каком из них следует сосредоточиться?»

После создания плана оставшееся рабочее время составляет от 20 до 40 минут, в зависимости от общей продолжительности сессии. Оно кажется коротким для терапии, но терапевт, скорее всего, обнаружит, что его можно потратить более эффективно, так как есть предварительная структура.

4. *Подведение итогов сделанного*. Подведение итогов в конце сессии столь же важно и информативно, как и подготовка. Хорошие учителя знают, насколько полезно сделать обзор преподанного урока, пока он свеж в памяти ученика. Подвести итоги в конце сессии может терапевт либо клиент. Они состоят из одного-двух предложений, служат для завершения и повторного озвучивания главной задачи или учебной темы «рабочего времени» сессии и могут звучать так: «Хорошо, Шон, давай подведем итоги. Сегодня мы проанализировали, как ваша потребность в одобрении вызвала проблему на работе, и вы не только оспорили эти иррациональные требования, но и учились более успешно общаться, верно?» Если итог подводит клиент, у терапевта есть шанс получить представление о том, насколько хорошо тот понимает проведенную работу.

Блок 6.9

РЭПТ отличается от традиционных, более недирективных терапий. При недирективном подходе клиент часто уходит домой, будучи не в состоянии описать, чем он занимался во время сессии. Даже в конце терапии люди зачастую не могут сформулировать итог своей работы. Мы утверждаем, что способность подводить итоги и четко озвучивать свою работу на сессии значительно помогает клиентам в запоминании и использовании терапии в их повседневной жизни.

Если подведение итога клиентом расплывчато («Мы только что еще раз обсудили проблему» или «Мне было просто приятно побыть здесь»), терапевт может, так сказать, добавить немного структуры, чтобы у клиента остался в памяти какой-то итог проведенного вместе часа. Здесь помогают уточняющие вопросы или новая формулировка итога терапевтом.

1. *Назначение домашнего задания*. Если оно не вытекает естественным образом из рабочей части сессии, терапевт, клиент или оба могут придумать домашнее задание. Оно предоставляет собой обзор или повторение работы на сессии либо расширяет понимание клиентом обсуждаемого вопроса. Разные виды используемых в РЭПТ домашних заданий подробно рассмотрены в главе 16, а пока следует помнить, что они являются неотъемлемой частью РЭПТ. Существует тесная положительная связь между прогрессом на терапии и работой дома, вне кабинета терапевта.

2. *Заключительные вопросы*. Терапевт спрашивает сначала о положительных, затем об отрицательных моментах сессии. Для оценки положительных реакций терапевт может спросить, например:

«Что вы считаете сегодня полезным?», *или*

«Как вы думаете, что было самым ценным сегодня?», *или*

«Было ли что-то сделано или сказано мной сегодня, что вы считаете особенно ценным?»

Это важная и потенциально полезная обратная связь для терапевта, поэтому в случае необходимости задавайте данный вопрос несколько раз, чтобы подтолкнуть клиента к ясному и конкретному выражению своих мыслей.

Для оценки отрицательных моментов терапевт может спросить:

• «Было ли сегодня что-то, что заставило вас почувствовать себя хуже?», *или*

• «Было ли сегодня что-то сделанное или сказанное мной, из-за чего ты плохо себя чувствуешь?», *или*

• «Было ли сегодня что-то, что подействовало вам на нервы?»

На первой или второй сессии терапевт может предложить клиенту поделиться негативом: «Джон, если сегодня *были* какие-то негативные моменты, не *могли* бы вы поделиться ими со мной? Если в будущем я скажу или сделаю что-то, что вызовет у вас раздражение, вы можете позволить себе сообщить мне об этом, хорошо? Действительно важно и полезно для этого процесса, если вы сделаете это, хорошо?»

Очевидно, что таким образом терапевт доносит до клиента ряд сообщений:

1) обратная связь помогает сотрудничеству;

2) во время терапии допустимо иметь отрицательные чувства и эмоции;

3) полезно рассказывать о них своему терапевту;

4) исследование негативных чувств и эмоций может помочь делу;

5) терапевт способен справиться с озвученными клиентом отрицательными чувствами и эмоциями, не обижаясь и не злясь на него.

При выражении клиентом негативных реакций у терапевта иногда находится время, чтобы немедленно с ними разобраться (например, путем разъяснения, обучения или извинения) или он может просто включить их в повестку дня следующей сессии (например, «Спасибо, что сказали мне об этом, Линда. Как насчет того, чтобы начать с этого в следующий раз, так как сегодня уже не осталось времени?» или «Включить ли это в наш план работы на следующей неделе?»).

Обратите внимание, что не каждая сессия должна следовать такой модели. Модель – это лишь *модель*, не «долженствование». Она служит примером, а не жестким требованием. Часть сессий посвящена изучению жизни клиента в настоящий момент, сочувственному выслушиванию, консультированию и предоставлению информации. Для этого существует ряд хороших практик РЭПТ. Некоторые РЭПТ-терапевты работают с очень краткими повестками. Альберт Эллис, например, обычно начинал сессии с проверки домашнего задания. Он также просил клиентов делать в течение недели краткие записи обо всех беспокоящих их вещах (например, о тревоге или депрессии) и о любом случае поведенческого провала (например, о прокрастинации или фобическом поведении). Так клиенты в значительной степени структурировали каждую сессию, принося записи и тратя большую часть времени, во-первых, на выяснение того, что они себе говорили (В из модели АВС), чтобы заставить себя беспокоиться, и, во-вторых, что они сделали (или могут сделать), чтобы стать более рациональными (например, оспаривать свои ИУ и бороться с ними).

Некоторые терапевты отказываются от концепции структурированного терапевтического часа. Однако мы настоятельно рекомендуем *начинающему РЭПТ-терапевту* добросовестно использовать эту модель и посмотреть, окажется ли она ценной для него и его клиентов. Как во многих областях, будь то искусство, музыка

или кулинария, правильно начать с азов. Эскизы натюрмортов, разучивание гамм и буквальное следование рецептам дает учащимся фундаментальные навыки, которые впоследствии может увенчать творчество. Творчески подходя к терапии, вы можете найти отличную от вышеописанной модель. Если так и есть, она действительно работает на вас и ваших клиентов, дерзайте! Суть в том, чтобы быть аутентичным в своем стиле и подходе к терапевтической сессии.

Блок 6.10

Вот еще один разговор между наставником и стажером РЭПТ, который может ответить на некоторые вопросы о плане сессии.

Стажер: Следуете ли вы этой структуре со всеми клиентами?

Наставник: Я стараюсь следовать ей с большинством клиентов, особенно в начале терапии. У меня есть склонность через некоторое время расслабляться и становиться небрежным. Я сожалею, если так происходит. При наличии плана сессии выходят лучше.

Стажер: А откуда вы знаете, что они лучше? Это же не исследование. Если дела пошли на лад, как определить, что это следствие терапии? Вы просто *думаете,* что выходит лучше, потому что следовали заданной структуре… или это на самом деле так?

Наставник: Задавая клиентам финальные вопросы, я получаю данные, из которых можно сделать вывод, что сессии лучше. Когда я провожу очень структурированные сессии, латентное состояние практически отсутствует: клиентам не терпится сказать мне, что было полезным. Они могут перечислять все по пунктам, потому что те в таком виде сохранились у них в голове. Проводя более структурно свободные сессии, я могу заметить их колебания, и они могут сказать что-то вроде: «Ну… было неплохо поговорить о проблеме». В конце мне приходится помогать им сделать вывод, чтобы было что унести с собой, потому что я не структурировал это должным образом во время сессии.

Часть 3

ABC РЭПТ: оценка

Глава 7

Определение A

Расширенная модель ABC

Когда клиенты описывают неприятное событие своей жизни, терапевт может выделить в нем до шести элементов: 1) что произошло; 2) как клиент *воспринял* случившееся; 3) какой *вывод* он сделал о случившемся; 4) каким образом он *оценил* случившееся; 5) принятие или неприятие клиентом оцененного им восприятия и выводов о случившемся; 6) эмоциональные и поведенческие реакции клиента. При описании ситуации всегда будет присутствовать хотя бы один из трех первых элементов, один из пунктов 4 и 5 и всегда 6. Первые три элемента являются аспектами A – активирующего события, последние два относятся к системе убеждений клиента. Пункты 4 и 5 представляют собой B – иррациональные или рациональные убеждения, а последний 6-й элемент – это C, эмоциональные или поведенческие следствия. Сообщая в A: «Она меня ужасно раскритиковала», – клиентка путает пять элементов. Вопрос о том, что случилось на самом деле, включает объективное описание сказанного, а также тон и манеру, в которой произносятся слова. То, что комментарий был критикой, – это субъективное восприятие или умозаключение, а стоит ли считать их ужасными, с одной стороны, вопрос оценки (мне это не нравится), с другой – императивная установка (ей не следовало этого делать).

Поэтому мы различаем подтвержденную, воспринимаемую и выведенную реальность. *Воспринимаемая реальность* – реальность в том виде, в каком ее описывают и, вероятно, видят клиенты. *Подтвержденная реальность* выражает социальный консенсус относительно произошедшего. Если бы множество наблюдателей стали свидетелями одного и того же события и все описали бы его одинаково, мы получили бы подтвержденную реальность. Если бы в приведенном выше примере группа людей слышала точные слова и манеру их произнесения и большинство восприняло бы их как обидные, то мы пришли бы к выводу, что в подтвержденной реальности женщина действительно обидела нашу клиентку. *Выведенная* (*дедуктивная*) *реальность* формируется клиенткой на основании услышанного. Мысль «я ей не нравлюсь» может быть выводом из того факта, что «она меня раскритиковала». Этот вывод представляет собой мысль, которую клиентка создает об имагинации активирующего события. Независимо от того, является ли образно представляемое (выведенное) событие правдой, клиентка реагирует на него эмоциональным нарушением, поэтому мы проводим его терапию как реального. Люди часто путают выводы и иррациональные убеждения, а РЭПТ считает их двумя различными компонентами познания.

Во избежание путаницы следует помнить, что слова «убеждение» или «верить» обычно используются в английском языке для обозначения описательных, выведенных, оценочных и императивных когниций. Например, клиент по имени Дэн присутствовал на мероприятии, где была Сью, и она не смотрела на него. Если бы многие другие люди заметили, что Сью не смотрела на Дэна, это было бы подтвержденным событием. Дэн сообщил на терапии: «Сью избегает смотреть на меня». Эта описательная когниция является частью активирующего события. Дэн продолжил: «Сью не смотрит на меня, потому что сердится». Это выведенная когниция тоже является частью активирующего события. *Воспринимаемые* и *выведенные* когниции – мысли о событии, считающиеся частью А. Затем Дэн сказал: «Ужасно, что Сью сердится на меня». Это оценочная когниция, являющаяся в РЭПТ производным иррациональным убеждением. На сессии Дэн выдал: «Сью не следует на меня злиться». Это императивное (требовательное) убеждение, являющееся основой В. **Для максимальной ясности РЭПТ использует слово «убеждение» лишь применительно к оценочным (производным) и императивным (требовательным) когнициям.** Из следующих нескольких глав станет ясно, что важно разграничивать эти типы когниций при использовании клиентом слова «убеждение». Мы хотим подчеркнуть: восприятие и выводы являются когнициями, но не тем типом мыслей, на которых сосредотачивает внимание РЭПТ. Они – мысли о существовании реальности.

По сути, модель АВС РЭПТ можно описать следующим образом:

• *А* (*подтверждаемое*): активирующее событие, при условии, что оно может быть подтверждено группой наблюдателей.

• *А* (*воспринимаемое*): воспринятое клиентами в активирующем событии, то есть их субъективное описание этого события.

• *А* (*выведенное*): логическое заключение о том, что, как думает клиент, случилось или могло случиться.

• *В* (*оценочное/производное*): оценка клиентами воспринятого, выведенного случившегося и (или) оценка ими себя либо других участников события.

• *В* (*императивное/требовательное*): то, что, по мнению клиента, должно или не должно произойти.

• *С* (*эмоциональное следствие*): эмоциональные следствия того, что случилось или могло случиться.

• *С* (*поведенческое следствие*): поведенческие следствия того, что случилось или могло случиться.

Например, наш клиент Дэн также озвучил проблему депрессии, потому что «никто на работе меня не любит». Дальнейшие расспросы показали, что коллеги общались с ним главным образом по делу, редко болтали с ним или приглашали на обед, а если и поступали так, он отказывался. Таким образом:

• *А* (*подтверждаемое*): «Мало кто предлагает мне вместе пообедать или пытается общаться со мной».

• *А* (*воспринимаемое*): «Люди не берут меня в свое общество».

• *А* (*выведенное*): «Думаю, меня никто не любит».

• *В* (*оценочное/производное*): «Кошмарно и ужасно, что меня никто не любит!»; «Не могу выносить того, что меня никто не любит»; «Я неудачник, потому что меня никто не любит».
• *В* (*императивное/требовательное*): «Люди ДОЛЖНЫ меня любить».
• *С* (*эмоциональное следствие*): депрессия.
• *С* (*поведенческое следствие*): социальное избегание.

Ключевое различие, которое важно понять на данном этапе, состоит в том, что восприятие клиентом активирующего события само по себе не вызывает расстраивающих эмоциональных реакций. В вышеприведенном примере Дэн мог сделать вывод, что никто на работе его не любит, но не расстраиваться. Каким образом он мог это сделать? Он мог решить *не оценивать* А как нечто ужасное. Таким образом, если бы он верил В, что статус отвергнутого – просто неудачное стечение обстоятельств или, возможно (но менее вероятно), отсутствие круга общения имеет определенные преимущества, в С он мог бы по-разному относиться к ситуации. Хотя А (восприятие) или А (вывод) не вызывает С, клиент, неправильно воспринимающий А и придерживающийся иррациональных требований и производных убеждений, будет расстроен с большей вероятностью, чем просто иррациональный в В клиент. Таким образом, если бы Дэн думал, что не нравится почти всем, иррационально требовал бы обратного и оценивал происходящее как ужасное или невыносимое, расстраивался бы чаще, чем если бы не придерживался такого восприятия и вывода в А. Если бы Дэн придерживался такого А (восприятия) и А (вывода), у него было бы больше подсказок для отказа от иррационального мышления.

Клиент, который мыслит рационально в плоскости В, но продолжает искажать реальность в А, может испытывать здоровую отрицательную эмоцию и действовать адаптивно. Вернемся к примеру. Если Дэн верит, что нравиться всем – вопрос предпочтений, ему *не нужна* всеобщая любовь, и для него не ужасно, а лишь прискорбно, что на работе его не любят, он все равно будет проявлять отрицательную эмоциональную реакцию в виде неудовольствия или разочарования. Таким образом, когнитивные составляющие А влияют на дисфункциональное С, пусть и менее значимое. Поэтому работа терапевта над когнитивными искажениями целесообразна. Мы делаем различие между *элегантным философским* решением и *неэлегантным когнитивным* решением в терапии. Направленное воздействие на когнитивные составляющие А (А-восприятие и А-вывод) было бы неэлегантным решением и не первым или первичным выбором в РЭПТ. Сосредоточиться на данных аспектах А можно *после* вмешательства в виде элегантного философского решения по изменению императивного (требовательного) и оценочного (производного) В. Помочь Дэну завести новых друзей было бы *практическим решением*, о котором говорилось в главе 4.

Блок 7.1

Прежде чем продолжить, рекомендуем проверить свое понимание разницы между А и В. Изучите следующие утверждения, в каждом случае назовите активирующее событие и ИУ (ответы даны в конце главы):

• Я плохо сдал этот экзамен. Я такой неудачник!

• Никто не разговаривает со мной. Я просто не могу выносить одиночество!

• Мать всегда придирается ко мне. Я знаю, что она меня ненавидит!

• Доктор, на прошлой неделе произошло кошмарное событие: моя жена сказала, что хочет развода.

• Я жрал как свинья! Видите, теперь я знаю, что на самом деле не такой уж хороший.

• Я зарабатываю только сто тысяч долларов. Вы называете это успехом? Лишь неудачник довольствуется такой мелочью.

• Рядом с Джорджем я чувствую себя на вершине блаженства, потому что его любовь меня окрыляет.

Какие варианты есть в распоряжении терапевта, если клиент Дэн из примера выше озвучил обе категории когниций А (восприятие) и А (вывод) против В (императивное/требовательное) и В (оценочное/ производное)? Можно рекомендовать две стратегии.

Когнитивные терапевты (Beck, 2005) начнут с оспаривания точности А (восприятия и выводов) клиента. Поэтому, если Дэн утверждает, что его никто не любит, когнитивный терапевт оспорит точность данного утверждения, поставив под сомнение слово «никто» и критерии, используемые Дэном для определения отношения к нему других людей. Согласно этой модели, если бы Дэн не задумывался о том, что люди его не любят, чувствовал бы себя лучше независимо от оценки нелюбви к себе со стороны других. Оспаривая А (восприятие) или А (вывод), терапевт предоставит клиенту модели для оспаривания А вместо выполнения более сложной работы по оспариванию В.

Позиция когнитивной терапии заключается во вмешательстве при котором для начала разбираются с искажениями А (восприятие) и А (выводы). Как упоминается в главе 4, Эллис (Ellis, 1977a, 1979a; David, Lyn, and Ellis, 2010) называл попытки по исправлению восприятия и выводов А *эмпирическим* или «неэлегантным решением». Он считал его таковым, потому что оно не предоставляет клиенту копинг-стратегию по борьбе с дистрессом, в случае если реальность будет соответствовать или приближаться к искаженной версии в интерпретации клиента. Например, пусть и маловероятно, но возможно, что наш клиент Дэн действительно может оказаться в социальной среде, где его никто не любит. Он будет готов терпеть сей удел, если поверит, что данный факт скорее прискорбен, чем ужасен. Многие когнитивные и когнитивно-поведенческие терапевты выбирают такой подход.

Вторая стратегия принадлежит РЭПТ и указывает на то, что более элегантное философское решение – позволить клиенту *принять худшее* и испытать здоровые, адаптивные, но все же отрицательные эмоции, даже если это худшее будет правдой. Если клиент настаивает, что его никто не любит, Эллис мог сказать: «Ну, мы не знаем, правда ли это, а пока давайте предположим, что так и есть. Что вы говорите себе по этому поводу?» Такой терапевтический подход предполагает, что, если клиент справится с искаженным представлением об А, сосредоточение внимания терапевта на реальности станет более достижимым.

Какой способ лучше? Эмпирических ответов нет, потому что главные эксперименты впереди. Кроме того, возможно, что вопрос сам по себе некорректен: и Эллис, и Бек в конечном итоге проводят клиента через оценку точности А.

Если терапевт сначала решает поставить под сомнение восприятие или вывод об А, мы рекомендуем делать это вдумчиво. Некоторые клиенты могут отреагировать на преждевременное оспаривание их восприятия и выводов ощущением угрозы, недопонимания, собственного обесценивания и отсутствия поддержки со стороны врача, что может ослабить терапевтический альянс.

Подводя итог вышесказанному, РЭПТ-практик считает принятие худшего и стремление к элегантному философскому решению чрезвычайно ценным, потому что ситуация А для клиента может оказаться правдой сейчас или в будущем, и тогда у него будут под рукой копинг-стратегии. Соответственно, мы рекомендуем начинающим терапевтам следовать модели Эллиса и не ставить под сомнение восприятие или вывод клиента об А, пока не будет выполнена работа по диспутированию иррационального убеждения. Некоторые полезные советы по вмешательству «на уровне А (восприятие) и А (выводы)» даны в главе 17.

Разъяснение А

Ненужные подробности А

Как мы говорили в главе 1, клиенты приходят на терапию из-за ощущаемого или имеющегося нарушения (С) и считают, что чувствуют и ведут себя так по причине какого-то события (А). Обычно у клиентов нет трудностей при описании А, и зачастую им хочется потратить уйму времени на подробный пересказ терапевту данного события. Углубление в подробности об А может оказаться бесполезным. РЭПТ считает это нецелесообразным по трем причинам. Во-первых, на сессии не так много времени, а у клиентов не так много денег на посещение терапевта. Чем больше терапевт и клиент сосредотачиваются на подробностях А, тем меньше времени у них остается на определение, диспутирование и замену В. При выяснении В, являющегося более важным в проблемах клиента, мы будем уделять больше времени его обсуждению. Во-вторых, если клиенту позволить тратить уйму времени на подробности А, это укрепит убеждение в целительной силе катарсиса. Руминации о подробностях А способны усугубить эмоциональное нарушение клиента и подкрепить его идею о том, что А вызывает С. В-третьих, реальность А зачастую нельзя установить – нам просто никогда не удастся получить данные для выяснения, действительно ли не любят клиента коллеги или говорит ли с ним враждебно супруг.

Сообщить это клиенту, не показавшись ему пренебрежительным или несочувствующим, трудно, особенно в случае с теми, кто ждет, что представление подробных сведений о прошлых или нынешних проблемах целесообразно или исцеляюще. Конечно, прошлых А не изменить, для их обсуждения есть лишь требования и оценки клиента, а оценки могут быть лаконичными.

Блок 7.2

Типы клиентов, имеющих склонность к изложению избыточных подробностей А:

- клиенты с обсессивно-компульсивным расстройством личности (DSM-IV);
- разозленные клиенты, особенно те, кто посещает семейную терапию, так как они желают убедить терапевта в виновности партнера (нарушителя);
- клиенты, проходившие более традиционную психотерапию;
- избегающие клиенты;
- дети и подростки, склонные углубляться в детали. При работе с данной группой мы рекомендуем позволить это для укрепления хрупкого терапевтического альянса;
- клиенты с низкой мотивацией к изменениям;
- клиенты-перфекционисты, считающие, что терапевту нужно знать абсолютно все детали, чтобы им помочь.

Вот пример диалога с клиентом, сообщающим слишком много подробностей А:

Т.: Хосе, что тебя расстроило на этой неделе?

К.: Хорошо, доктор. Давайте я расскажу по порядку. Все началось в субботу утром. Я поехал навестить жену и детей. Я вышел из машины, дети подбежали ко мне и стали обнимать. Я не сделал ничего из того, что обычно расстраивает жену. Вошел в

дом и ничего не сказал о том, что на полу валяются газеты, а дома не прибрано. Я не говорил ничего из того, что говорю обычно. Потом я сказал жене… *(Клиент в течение пятнадцати минут описывает подробности того, что случилось и что не случилось, наконец добирается до заключения.)* После того как я умолял ее пустить меня обратно, она этого не сделала!

Терапевт позволил Хосе озвучить слишком много подробностей. Финальный вывод Хосе – самый важный для дела и действительно то, из-за чего он расстраивается. Одна из стратегий, позволяющих добраться до решающего аспекта А, – остановить монолог Хосе гораздо раньше и дать ему возможность сосредоточиться на наиболее значимом аспекте последовательности событий, как в следующем примере:

Т.: Хосе, что тебя расстроило на этой неделе?

К.: Хорошо, доктор. Давайте я расскажу по порядку. Все началось в субботу утром. Я поехал навестить жену и детей. Я вышел из машины, дети подбежали ко мне и стали обнимать…

Т.: Это тебя расстроило?

К.: Нет! Давайте я расскажу, что было дальше.

Т.: Хосе, прежде чем ты это сделаешь, позволь мне кое-что заметить. Ты часто сообщаешь мне много деталей, интересных, но не нужных для того, чтобы помочь мне понять причину твоего расстройства. Попробуй рассказать, что именно тебя расстроило в истории про твою жену.

К.: Но если я не расскажу, что случилось, как вы поймете?

Т.: Мы можем вернуться к подробностям позже, а сейчас просто попробуй помочь мне понять, что расстроило тебя больше всего. Расскажи о том, что произошло прямо перед тем моментом, как ты расстроился.

Обратите внимание, что в этом диалоге терапевт пытается помочь Хосе сосредоточиться на самом важном аспекте А, который, видимо, является той самой подробностью, которая имела место непосредственно перед эмоциональной реакцией.

Вторая стратегия работы с многословными клиентами – научить их отслеживать и обобщать собственные истории, сообщая им о том, что их нынешний способ общения неэффективен. В случае с данным клиентом терапевт мог позволить истории идти своим чередом, а затем вмешаться в нее следующим образом: «Хосе, ты только что дал мне много информации и подробностей. Я запутался в том, что из сказанного тобой самое важное. Не мог бы ты начать сначала и просто сказать мне, в чем причина твоего расстройства?»

Обратите внимание на манеру, в которой терапевт позволяет клиенту обдумать собственный рассказ и научиться извлечению из него относящейся к делу информации. Если клиент заплутал в трех соснах и у него не получается подвести итог, терапевт может озвучить ему важную часть, смоделировав краткое изложение. Например: «Хосе, похоже, ты расстроен потому, что, хоть и попытался измениться, жена не хочет вернуть тебя. Так?»

Важнейшие характеристики А

Клиенты часто преподносят нам А в виде части историй, включающих множество элементов. Терапевт должен прояснить, какой из них является важнейшей характеристикой А. Под ней мы понимаем то, что в отношении А было элементом, вызвавшим В, и приведшее к дисфункциональному С. Неспособность провести такое различие может привести к поиску вами иррациональных убеждений, связанных с не расстраивающими клиента раздражителями.

Мы определили два типа ситуаций, которые, скорее всего, скрывают важнейший компонент А. Первые включают А, представляющие собой часть последовательности событий, вторые – А, являющиеся одним из множества параллельно действующих раздражителей. Хороший пример скрытого в последовательности А часто возникает при фобиях и тревоге.

Мариэль сообщила, что боится метро. Хотя данное утверждение может сначала показаться искомым, тщательные расспросы выявили важнейшее активирующее событие. Мы спросили Мариэль, что именно в метро вызывало у нее испуг. Ответом было «ощущение замкнутого пространства». Затем мы спросили, что может случиться, если она в нем окажется? Мариэль боялась потерять сознание. И что может случиться в этом случае? Она ответила, что люди в вагоне могут плохо о ней подумать. Таким образом, в этом примере главный страх Мари-эль – неодобрение, а не метро. Обратите внимание, что мы продолжали последовательно задавать вопросы. Каждый раздражитель был частью цепочки событий, приведших к важнейшему аспекту А.

Расплывчатость в сообщении А

Иногда терапевты сталкиваются с клиентами, испытывающими трудности в озвучивании А, выражаясь расплывчато либо отрицая, что конкретное событие вызвало некое В, которое, в свою очередь, вызвало их нарушенные эмоции и поведение. Вероятные причины такой расплывчатости могут включать:

• *боязнь неодобрения терапевта* – клиенты могут бояться, что сказанное ими вызовет неодобрение терапевта;

• *избегание опыта* – клиенты могут бояться встречи с определенными событиями и говорить вокруг да около, чтобы избежать этого страха;

• *недостаток самонаблюдения* – некоторым клиентам неизвестна причина их расстройства, им может не хватать инсайта, у них может быть плохо развито самонаблюдение или они могут не уделять размышлениям о проблеме достаточно времени. Для этих клиентов, вероятно, полезнее уделять больше времени разговору об А.

Трудности с выяснением А характерны для клиентов с психосоматическими расстройствами, например мигренями или головными болями напряжения. Например, клиентка может жаловаться на головную боль, но настаивать на том, что в ее жизни нет ничего плохого. К слову, РЭПТ как терапия когнитивных изменений зависит от двух предпосылок (антецедентов): 1) убеждения в ее приемлемости для самораскрытия; 2) способности сознавать наличие психологической проблемы. Отсутствие первого фактора можно восполнить, оставаясь эмпатичным и активно слушая клиента на сессиях. Ко второму фактору можно приблизиться двумя

способами. Первая стратегия – расспрашивать клиента не о проблемах, а о том, как он мог бы сделать свою жизнь лучше или достичь большей самореализации, несмотря на головные боли. Во втором случае терапевт способен помочь клиенту овладеть умением выявлять проблемы и научиться распознавать зоны конфликтов в интересах, желаниях и т. д.

Наиболее конструктивный подход к определению проблем предполагает проведение поведенческого анализа. Так, клиентам с головной болью можно предложить вести журнал для записи явных и скрытых предшествующих событий – антецедентов (события, мысли и чувства), а также последствия каждого эпизода головной боли. Поскольку такие данные накапливаются в течение нескольких недель, обычно становятся видны закономерности. Исследования подтверждают эффективность этой стратегии (Finn, DiGiuseppe, and Culver, 1991).

Некоторые клиенты создают впечатление переживания «кризиса идентичности». Когда Теду задали вопрос, зачем он пришел на терапию, он ответил: «Чтобы найти себя и узнать, кто я есть на самом деле». РЭПТ-терапевт попросил бы его изменить вопрос: «Кто я есть на самом деле?» на «От чего я получаю удовольствие и что я ценю?» Если врач не сможет выявить, что хотел бы сделать, но не делает клиент, особого прогресса не будет.

Терапевтам неплохо бы сообщать клиенту, что они учат его не самопознанию, а скорее самоконструированию. РЭПТ рассматривает клиента не как объект, который нужно найти, а как развивающийся процесс. Узнав, чего не делает клиент, мы выясним, какое чувство мешает ему делать то, что он хотел бы делать. Тогда активирующим событием становится выполнение желаемой деятельности, а мысль о ее выполнении, в свою очередь, вызывает иррациональные убеждения и дисфункциональные, нездоровые эмоции.

Полезно использовать конкретизирующие вопросы. Например, Джоан, депрессивная клиентка, утверждала, что «все время» находится в депрессии. Следующие вопросы могут помочь ей сосредоточиться на своем аффективном состоянии: «Когда началась депрессия?»; «В какое время суток вы чаще находитесь в депрессии?»; «Что, по вашему мнению, усугубляет депрессию?» Если она сообщает, что не знает ответов на эти вопросы, терапевт спрашивает: «Можете ли вы назвать мне ваши версии того, какие события, мысли или чувства усугубляют депрессию?» Если данная тактика не сработает, клиентке может оказаться полезным записывать в журнал свое настроение и соответствующие события.

Некоторые клиенты приходят на терапию с тем, что терапевты называют *экзистенциальным неврозом* (Frankl, 2006). Например, Кэндзи жаловался: «Моя жизнь бессмысленна». Выяснение причины терапевтом может повлечь за собой вопрос: «Что должно случиться в вашей жизни или что нужно сделать, чтобы придать ей смысл?» Клиенты вроде Кэндзи могут иметь иррациональное представление о том, что для счастья необходимо преследовать благородные или честолюбивые цели. Обыденное, повседневное существование или неспособность преследовать такие цели и будут активирующим событием.

Наиболее проблематично определение А у клиента, которого вообще ничего не интересует. Он не знает, что запускает его убеждения и эмоции. Клиент по имени Роберт сообщал о депрессии в течение нескольких недель, но не имел ни малейшего

понятия, по какой причине. Сталкивающийся с такой проблемой клиент зачастую решает уменьшить дискомфорт, выдумав причину депрессии. Понятно, что вывод, к которому он часто приходит, заключается в том, что он просто «депрессивный тип», создав, таким образом, новое А, мыслями о котором он еще сильнее вгоняет себя в депрессию. Если же Роберт вообще не в состоянии определить А, терапевт способен помочь ему точными вопросами вроде: «Менялось ли что-нибудь в вашей жизни за последние несколько месяцев?» или «Ожидаете ли вы каких-либо изменений в вашей жизни в ближайшие несколько месяцев?»

Подводя итог вышесказанному, если описание клиентом активирующих событий запутанно, расплывчато или отсутствует, терапевт может воспользоваться следующими рекомендациями:

• говорите языком клиента, собирая информацию из его опыта рассказов;
• задавайте клиенту детальные вопросы;
• попросите привести недавние примеры;
• не говорите абстрактно;
• попросите вести журналы событий и эмоциональных переживаний;
• удерживайте с клиентом выбранное направление, чтобы не только снизить проблему рассеянного внимания, но и служить моделью для клиента;
• расспросите о недавних или грядущих изменениях в жизни.

Слишком много А

Многие клиенты приходят на терапию с множеством проблем и широким спектром активирующих событий для обсуждения. Вначале терапия сосредотачивается на выборе главной рабочей проблемы. Терапевт вместе с клиентом могут перечислить проблемные области и обсудить, с какой начать. При отсутствии убедительного обоснования начала работы над какой-то проблемой лучше начать с той, над которой решил работать клиент. В ряде случаев выбор могут сделать терапевты. Например, захотеть поработать над небольшой проблемой с незначительными эмоциональными следствиями, потому что: 1) думают, что лучше обучить принципам РЭПТ на менее сложном материале, или: 2) полагают, что прогресса можно достичь за небольшое количество сессий, что повысит позитивные ожидания и участие клиента.

Также терапевт может захотеть выбрать проблему, которая при отсутствии успешного и скорого решения вызовет у клиента цепочку дальнейших серьезных проблем. Например, ударив жившую с ним подругу, Джеймс был арестован за домашнее насилие и по решению суда обязан не приближаться к ней. У него были проблемы с гневом и другими людьми в его жизни, и он хотел обсудить на терапии свой гнев на мать за то, что она встала на сторону подруги. Он продолжал названивать своей девушке, чтобы выпросить у нее прощение. Терапевт решил, что расстройство Джеймса из-за отсутствия прощения с клинической точки зрения важнее гнева на мать. Продолжая стараться загладить вину, он нарушил бы решение суда и был бы арестован, и это вызвало бы еще более серьезные проблемы. Терапевт пытался объяснить ему такое обоснование для согласования ближайшей цели сессии и сохранения терапевтического альянса.

Разумно ли разрешать клиенту поднимать новые проблемы до решения старых? Обычно да, потому что, как правило, клиенты проводят один час в неделю на терапии и 167 часов – в обычной обстановке. Неизбежно возникают новые проблемы и кризисы, и терапевты, жестко настаивающие на сохранении повестки дня предыдущей недели, могут не только не помочь, но и поставить под угрозу свои отношения с клиентом. Однако оговоримся, что терапевту следует наблюдать за возможными отвлекающими маневрами клиента. Не является ли озвучивание новой проблемы способом избежать обсуждения сложных или больных тем? Например, чтобы не придерживаться диеты, страдающий от компульсивного переедания может вытащить на свет ряд других проблем; так отвлекающее поведение способно стать еще одним примером непереносимости фрустрации. Если клиент на протяжении ряда сессий неоднократно поднимает новые проблемы, терапевту рекомендуется вступить с ним в прямую конфронтацию, указав на это и обсудив данный аспект его поведения.

В некоторых случаях терапевт может заметить общую тему в новых проблемах или их связь с исходной или основной проблемой и использовать новый материал как отмычку, чтобы добраться до сути. Рассмотрим случай с Эми, молодой женщиной, озвучивавшей проблему за проблемой – с общей темой неудачи. Она рассказывала, что провалилась на собеседовании, потому что считала себя недостойной этой работы. Она рассказывала о саботаже отношений, потому что считала, что недостаточно хороша для своих партнеров. Она рассказывала об отдалении от друзей, потому что «никто не может любить такую, как я». Создавалось впечатление, что Эми считала свои страдания благом. После нескольких сессий выслушивания подробностей данных активирующих событий терапевт спросил ее, сознает ли она во всех этих примерах общую тему – обреченность на страдания, потому что не заслуживает жизненных благ. Эми ответила, что уже осознала ее и вспомнила, как сильно страдали члены ее семьи: сестра умерла в результате ужасной автокатастрофы, мать – из-за рака молочной железы, отец – после внезапного сердечного приступа. В живых осталась только она и, видимо, считала, что ей правильно, уместно и должно страдать.

С становится А

Одним из наиболее важных активирующих событий, которые будет оперативно искать терапевт, является *вторичное нарушение*, или *мета-проблемы*. Другими словами, симптом клиента (например, депрессия) становится новым А и, в свою очередь, требует анализа РЭПТ. Эллис (Ellis, 1979a, 1979d) содействовал добавлению этого понятия в РЭПТ благодаря работе Рэйми (Raimy, 1975), придумавшего термин «френофобия» – страх сойти с ума. Он подсчитал, что 77 % приходивших на терапию клиентов имели такие мысли и чувства относительно своих первичных проблем.



Рис. 7.1. Эмоциональное следствие становится активирующим событием

Данная концепция представлена на рис. 7.1. Отличительной чертой рационально-эмотивно-поведенческой терапии является ее сосредоточенность в *первую* очередь на проблемах более высокого порядка. Цикл событий может протекать следующим образом:

- *А* – изначальный симптом (например, депрессия).
- *В* – «Разве не ужасно, что у меня есть такой симптом!», «Я не должен себя так чувствовать!», «Я должен уметь легко и быстро справляться с проблемой».
- *С* – это вызывает еще большую тревогу, вину или депрессию.

В таком цикле клиент может расстраиваться из-за В или С. Например, злиться или впадать в депрессию из-за своих иррациональных убеждений:

«Я снова думаю иррационально. Черт возьми, я никогда не остановлюсь. Что со мной такое? Мне уже следовало научиться…»

Точно так же клиенты могут испытывать тревогу по поводу физических проявлений тревоги, особенно характерных для агорафобии (Goldstein and Chambless, 1978). Такие клиенты кажутся сосредоточенными на физиологических симптомах тревоги и считают их признаками надвигающейся смерти, рока или невыносимого дискомфорта: «Я ужасный паникер. Садясь в машину и чувствуя приближение тревоги, я знаю, что не смогу этого вынести! И думаю о том, что не должен тревожиться».

Клиенты обычно расстраиваются из-за своих поведенческих трудностей. Так, наркоман может испытывать зависимость от чувства вины, а обжора обычно злоупотребляет самобичеванием.

Основное внимание к вторичным проблемам может быть особенно важно в случае клиентов с серьезными нарушениями или психически больными людьми. Психотерапия любого рода бывает трудной или даже оказывается неэффективной в устранении первичных симптомов, таких как расстройства мышления или эндогенные депрессии, которые могут быть следствием биохимического дисбаланса (Davison and Neale, 1990). Однако часто наблюдается невротическое наслоение или вторичный симптом; например, депрессия по поводу маниакально-депрессивных эпизодов. Лучшая терапевтическая цель в таких случаях – помочь клиентам научиться принимать себя со всеми недостатками, вместо того чтобы вгонять себя в депрессию по этому поводу.

Конечно, аналогичный принцип справедлив и в отношении клиентов с менее серьезными нарушениями. Возьмем случай страдающего компульсивным перееданием Сэма. Его переедание – поведенческое С, над которым они работают с терапевтом. Однако всякий раз, нарушая диету и переедая, он немедленно начинает заниматься самобичеванием, что неизбежно приводит к мета-проблемам дискомфортного чувства вины или стыда. Почувствовав себя достаточно плохо, он стремится «сделать для себя что-то хорошее» в попытке заглушить чувство вины и стыда, и это «хорошее» вполне может оказаться еще одним ванильным мороженым с горячим шоколадным соусом. Мета-проблема заставляет Сэма придерживаться того же поведения, что является целью первичной модели ABC. Прерывание цикла вины и стыда на мета-уровне – необходимое условие помощи Сэму, чтобы он справился с задачей по достижению долгосрочной цели снижения веса.

Блок 7.3

Вторичные проблемы особенно неприятны у начавших понимать суть РЭПТ клиентов. Чем искушеннее они становятся, тем сильнее расстраиваются из-за слишком острого реагирования. Особая эмоциональная проблема таких клиентов – *стыд*.

Может показаться парадоксом, но половина цели терапии состоит в изменении дисфункциональных отрицательных эмоций, а другая половина – в принятии себя с такими эмоциями. Важно знать, над какой из двух целей вы работаете в каждый момент.

Обычно РЭПТ-терапевт пытается выявить у клиента наличие вторичной эмоциональной проблемы по отношению к первичной путем постановки *прямых вопросов.* Например, если первичной проблемой является тревога, терапевт может спросить: «Как вы относитесь к своей тревожности?» Также важно определить существование вторичных эмоциональных проблем с *адекватными* отрицательными эмоциями, такими как грусть. Если вторичная эмоциональная проблема существенно мешает способности клиента справиться с первичной проблемой или если вы можете показать ему, почему вначале лучше поработать над вторым уровнем, это и будет первоначальной договоренностью.

Поскольку у людей обычно существует представление о своей первичной проблеме, хорошей привычкой будет спрашивать клиента, над какой проблемой он хочет поработать. Мы соглашаемся с его выбором, если у нас нет веской причины

убедить его поступить иначе, и в этот момент объясняем причину. При обсуждении проблемы вторичного уровня клиенту легко переключаться между уровнями. Терапевт должен следить за обсуждаемой темой и не терять контроль. Иногда тема меняется, и, хотя клиент кажется говорящим о проблеме на одном уровне, вы понимаете, что на самом деле речь идет о другом уровне. Заметив этот паттерн, нужно указать на него клиенту и обсудить, какая из тем является для обсуждения более клинически значимой.

После определения А как нарушения второго уровня терапия продолжается обычным образом: проясняется С, выявляются иррациональные убеждения и клиенту оказывается помощь в их оспаривании.

Неуловимое А

Будучи наставниками, мы наблюдаем общую для терапевтов неудачную тактику. Терапевту трудно определить активирующее событие, если клиент хочет прекратить компульсивное поведение (курить, пить, переедать, откладывать все на потом) или участвовать в полезном поведении (заниматься спортом, любезно вести себя с другими, питаться здоровой пищей). Клиент заявляет о своей поведенческой цели (например, «Я хочу бросить курить»). Терапевт спрашивает его, когда он в последний раз курил, а затем расспрашивает о том, что чувствовал клиент, не справляясь с этой поведенческой задачей. Клиент сообщает об отрицательной эмоции вследствие неудачи в изменении своего поведения. Терапевт ищет иррациональное убеждение, стоящее за этой негативной эмоцией. Он определяет вторичные мета-АВС, не выяснив сначала первичные АВС. Вмешательство может быть правильным, но ему не удастся достичь заявленной цели клиента – изменить поведение.

Т.: С какой проблемой вы бы хотели поработать сегодня?

К.: Я хочу прекратить откладывать все на потом и дописать диссертацию.

Т.: Когда вы в последний раз ее откладывали?

К.: Я хотел поработать над диссертацией вчера вечером, но вместо этого смотрел телевизор.

Т.: Как вы себя чувствовали после этого?

К.: Плохо.

Т.: Хорошо, давайте посмотрим, что вы говорили себе о прокрастинации, чтобы затем почувствовать себя плохо.

В этом примере мета-эмоциональная (то есть плохая) реакция недостаточно конкретизирована. Терапевт мог бы настоять на более четком описании С. Внимание сосредотачивается на вторичной мета-эмоции. Эмоциональная реакция на неспособность контролировать свое поведение часто может быть здоровой, функциональной, пусть и отрицательной, эмоцией, которая способна мотивировать клиента научиться новым стратегиям самоконтроля и практиковать их. Важно отличать здоровые эмоции от нездоровых вторичных мета-эмоций.

Примечание

Ответы к блоку 7.1

Активирующее событие: Я плохо сдал этот экзамен.

Иррациональное убеждение: Я такой неудачник! (*Оценка собственной ценности*.)

Активирующее событие: Никто не разговаривает со мной.

Иррациональное убеждение: Я просто не могу выносить одиночество! (*Непереносимость фрустрации*.)

Активирующее событие: Мать всегда придирается ко мне. Я знаю, что она меня ненавидит!

Иррациональное убеждение: отсутствует.

Активирующее событие: Моя жена сказала, что хочет развода.

Иррациональное убеждение: Доктор, на прошлой неделе произошло кошмарное событие (*катастрофизация*).

Активирующее событие: Я жрал как свинья!

Иррациональное убеждение: Видите, теперь я знаю, что на самом деле не такой уж хороший (*оценка собственной ценности*).

Активирующее событие: Я зарабатываю только сто тысяч долларов.

Иррациональное убеждение: Лишь неудачник довольствуется такой мелочью (*оценка собственной ценности*).

Активирующее событие: Рядом с Джорджем я чувствую себя на вершине блаженства.

Иррациональное убеждение: Его любовь окрыляет меня (*оценка собственной ценности*).

Глава 8

С – эмоциональные и поведенческие следствия

Почему клиенты приходят на терапию? Обычно потому, что из-за плохого самочувствия они испытывают эмоциональный дистресс или ведут себя неподходящим образом. Терапевту не следует упускать это из виду. Обычно клиенты не приходят поговорить или избавиться от иррациональности. Многие даже не подозревают о своем иррациональном мышлении. В кабинет терапевта их приводят С – эмоциональные и поведенческие последствия. Мы хотим подчеркнуть, что в рационально-эмотивно-поведенческой теории следствия бывают эмоциональными *и* поведенческими. Психологический конструкт эмоций включает не только чувства, но и тенденции к действию, являющиеся частью переживаний. Многие теоретики эмоций рассматривают поведение как часть эмоции (Фрейд, 1986). В РЭПТ мы рассматриваем С как испытываемую эмоцию, совершаемое клиентом поведение или то и другое вместе. В данной книге, говоря об оценке С, имеем в виду как переживаемые эмоции, так и поведение. Хотя большинство обсуждений посвящены отрицательным эмоциям, аналогичные принципы применимы к положительным эмоциям. Люди могут иметь здоровые, функциональные и нездоровые, дисфункциональные положительные эмоции. В качестве примера здесь можно назвать гордость – в сравнении с тщеславием или чванливостью.

Многие РЭПТ-терапевты обнаружили, что клиенты способны четко объяснять свои эмоции в отношении определенных активирующих событий. В реальности они обычно начинают сессии с их обсуждения. Таким образом, клиент может ответить на вопрос: «Какую проблему вы хотели бы обсудить?», сказав: «В последнее время я ощущаю сильную депрессию». Если клиент не называет эмоцию, рекомендуемой стратегией, согласно акценту РЭПТ на активно-директивное вмешательство, является расспрос. После описания клиентом активирующего события терапевт обычно спрашивает: «Хорошо, и какие эмоции вы испытываете по поводу этого события или ситуации?»

Более опытные терапевты могут интуитивно догадаться об эмоциональном состоянии клиента и сформулировать вопрос иначе, например: «Испытываете ли вы тревогу по этому поводу?» Данная техника также может способствовать установлению взаимопонимания, поскольку клиенты могут заключить, что терапевт понимает их проблему. Однако мы не советуем рассказывать клиентам, как они себя чувствуют. Оформите свою интерпретацию в виде вопроса и будьте готовы изменить ее при наличии достаточной информации для опровержения.

Более опытный терапевт сознает, что определенные эмоциональные состояния часто связаны с конкретными клиническими проблемами. Например, избегание конкретных ситуаций, как правило, указывает на тревогу; оскорбительное поведение – на гнев; заторможенность или пассивность, вероятно, означают депрессию; самоповреждающее или самоуничижительное поведение – вину или стыд; а недавняя потеря, скорее всего, приведет к горю.

Блок 8.1

Когда у клиентов Альберта Эллиса возникали проблемы с определением конкретных эмоций, он призывал их «сделать дикое предположение, догадку» – метод, неожиданным образом предоставляющий довольно полезную информацию о С.

Другими словами, чтобы выяснить факт наличия эмоциональных состояний, опытные терапевты могут использовать четыре источника информации: 1) сигналы, поступающие от позы и поведения клиента; 2) [паравербальные] голосовые реакции клиента, например тон голоса, [вербальные] – метафоры и язык; 3) общие эмоциональные последствия для жизненных ситуаций в культуре клиента; 4) логические умозаключения из теории РЭПТ о том, что, зная систему убеждений клиента, можно сделать вывод о конкретных эмоциях.

Главное правило, которое следует помнить: не задавать клиентам вопросы, усиливающие путаницу в духе «А вызывает С». Будучи наставниками, мы часто слышим, что начинающие РЭПТ-терапевты задают клиентам следующие вопросы: «Как это *заставляет вас* себя чувствовать?» Альтернативный вопрос, не подразумевающий, что А вызывает С, звучит так: «Как вы себя чувствуете, когда такое происходит?», «Какова ваша эмоциональная реакция на данное событие?» или «Что вы чувствуете по отношению к данному событию?» Мы сознаем, что это небольшое, но важное изменение может показаться непривычным. Однако правильная формулировка вопросов для подчеркивания эмоциональной ответственности клиента требует от начинающих РЭПТ-терапевтов практики.

Нарушенные эмоции против ненарушенных эмоций

В центре внимания теории РЭПТ находится различие между здоровыми, функциональными и нездоровыми дисфункциональными отрицательными эмоциями. Не все эмоции нарушены или являются мишенями для изменений. Теория РЭПТ не говорит, что отрицательные эмоции нежелательны, на самом деле они – неотъемлемая часть нашей способности адаптироваться и справляться с негативными активирующими событиями. Эмоции сообщают о наличии проблемы, требующей рассмотрения и реакции.[26] Нездоровые, дисфункциональные отрицательные эмоции препятствуют способности клиентов достигать своих целей, реагировать на проблемы и справляться с неприятностями, часто приводят к саморазрушительному поведению. Кроме того, некоторые эмоции физиологически вредны – например, тревога, которая может привести к психосоматическим расстройствам (например, колиту, язве двенадцатиперстной кишки и гипертонии) или сильному подавленному гневу, который как минимум вызывает спазмы желудка. Таким образом, хотя клиенту вполне уместно чувствовать грусть – даже сильную – из-за какой-то потери (например, смерти родителя, ухода супруга или болезни ребенка), когда она затягивается, изнуряет и превращается в депрессию, становится потенциальной целью терапевтического вмешательства. В какой-то момент мы можем сказать, что она является большим, чем просто функциональной отрицательной эмоцией, а именно – нарушенной отрицательной эмоцией.

Иногда очень трудно провести границу между отрицательной, но адаптивной эмоцией и нарушенной эмоцией. Вот несколько рекомендаций, как их дифференцировать качественно и количественно.

С позиций феноменологии, адаптивная эмоция не может внутренне восприниматься человеком как страдание, хотя она может быть интенсивной и отрицательной.

С точки зрения физиологии нарушенная эмоциональная реакция может быть гораздо сильнее, сопровождаться интенсивной или длительной гиперреактивностью вегетативной нервной системы.

В поведенческом смысле нарушенная эмоция ведет к саморазрушительному поведению или блокирует позволяющее решить проблемы поведение, вызывая «застревание». В виде социального стимула нарушенная эмоция с наибольшей вероятностью вызовет у других людей избегающее или наказующее поведение, а не эмпатию или сочувственную заботу.

Когнитивно нарушенные эмоции различаются сопровождающими их иррациональными мыслями.

Блок 8.2

Общеизвестно, что английский язык эмоционально оскудел. Кроме того, многие из нас воспитываются в семьях, где не принято говорить об эмоциях. За обедом мать или отец могут поинтересоваться нашими занятиями в течение дня. И только в редких случаях они спросят о чувствах. Некоторые культуры налагают фактический запрет на выражение эмоций, особенно для мужчин; этот недостаток эмоций

описывается как алекситимия (Lane, Ahern, Schwartz, and Kaszniak, 1997). Алекситимия – психиатрический термин, состоящий из приставки «а», означающей «без»; основы «лекс», от которой происходит слово «лексикон» – «словарный запас», и суффикса «тимия», переводящегося как «состояние души». Таким образом, термин подразумевает отсутствие слов для описания настроения.

Не владея соответствующим лексиконом трудно, если вообще возможно, выразить себя, и, конечно, возникают проблемы с отражением оттенков значения. Специалисты по семантике учат, что отсутствие богатого словарного запаса говорит о ценности данной темы в культуре. Общая семантика научила нас, что крайне затруднительно проводить различия, не имея слов для описания дифференцируемого.

Путаницу вносит даже профессиональный язык. Возьмем слово «депрессия». Писатель Уильям Стайрон, лауреат Пулитцеровской премии, заявляет: «Я хочу подать официальную жалобу на слово “депрессия”. Это слово с таким слабым характером, что в нем отсутствует однозначность, оно одинаково используется как для описания экономического спада, так и для ямы на дороге, – истинное “ни рыба ни мясо” среди слов для названия такого серьезного заболевания».[27] Аналогичным образом умеем ли мы отличать депрессивное настроение от горевания, депрессивного синдрома и депрессии как болезни?

Грусть – эмоциональное состояние, нормальная реакция на негативные события жизни, обычно проходящие без особых усилий. Горевание [является] более продолжительным, интенсивно переживаемым эмоциональным состоянием, обычно вызванным невосполнимой потерей… [во время которого] клиент сосредотачивается на потере, а не на себе и самобичевании… Депрессивный синдром – больше, чем подавленное настроение, это группа симптомов, которая может включать гиперреакцию на негативное активирующее событие и другие когнитивные, эмоциональные, поведенческие и физические симптомы… [В этом случае] депрессия – болезнь. На самом деле более точным было бы следующее определение: “депрессии – спектр заболеваний, [представляющихся в значительной степени наследственными и обычно рецидивирующими]”.» (Walen and Rader, 1991).

Очевидно, что лучше передать клиентам соответствующий словарный запас и набор отличающихся друг от друга слов, чтобы пребывать в уверенности, что мы понимаем друг друга!

Хотя проведение границы между нарушенными и ненарушенными эмоциями, по нашему мнению, один из самых полезных аспектов теории РЭПТ, оно также является одним из проблемных моментов из-за сложности создания рабочих определений терминов. Даже в таком случае различие между нарушенными и ненарушенными С может служить для четкой ориентации на одну из главных целей терапии: преобразование страдания в адекватные, адаптивные, пусть и отрицательные, эмоции. Кроме того, терапевт может признать серьезность негативного активирующего события, выразить эмпатию по отношению к переживаемой клиентом проблеме и обратиться к реальности работы с трудным, затянувшимся А, не вступая в сговор с его «катастрофизацией».

Мы предлагаем принять типологию и список общеупотребительных названий эмоций, представленных в табл. 8.1, чтобы вы и ваши клиенты лучше отличали

адекватные, полезные, адаптивные, ненарушенные, здоровые эмоции от неадекватных, вредных, дезадаптивных, нездоровых и нарушенных эмоций.

Термины из табл. 8.1 дают начало более ясной коммуникации. Поскольку многие языки не предназначены для разграничения функциональных и дисфункциональных эмоций, некоторые пары здоровых и нездоровых эмоций могут выглядеть больше различающимися по силе, чем по качеству (например, раздражение – гнев или обеспокоенность – тревога). Следовательно, правильнее было бы говорить о здоровом страхе в противоположность нездоровому или о здоровом гневе как антониме нездорового. Всего у одной пары – грусти, в отличие от депрессии, – нет этой проблемы; все знают, что можно быть очень грустным, не находясь в депрессии.

Таблица 8.1. Список адекватных и нарушенных эмоций

Здоровые и функциональные	Нездоровые и дисфункциональные
• Обеспокоенность • Грусть • Раздражение • Раскаяние • Сожаление • Разочарование	• Тревога • Депрессия • Гнев • Вина • Стыд • Обида

Обнаружение проблем с определением С

Общей проблемой терапевтов является неспособность точно определить С клиента. Иногда она возникает из-за того, что терапевты не тратят время на четкое называние эмоций, или потому, что предполагают, будто они сами и (или) клиент интуитивно понимают, что такое С. Конечно, данное предположение часто ошибочно, и проблемы с определением С возникают не из-за халатности терапевта, а из-за того, что определение эмоций для клиента – трудная задача. Следующие разделы могут помочь терапевту выявить некоторые причины трудностей клиента при определении С и предложат идеи, которые помогут исследовать и идентифицировать его эмоции.

Смешанные функциональные и дисфункциональные эмоции

Некоторые эмоциональные переживания представляют собой смесь здоровых и нездоровых эмоций. Следовательно, определение таких эмоциональных переживаний может быть затруднено, поскольку нужно идентифицировать два компонента функциональной и дисфункциональной части эмоции. Не знакомые с этим различием клиенты будут говорить об одной эмоции. Полезной практикой в РЭПТ является разграничение двух типов эмоций, так как мы оставляем функциональную эмоцию неизменной и сосредотачиваемся на нездоровой (Backx, 2012).

Чувство вины из-за С

Проблемы с определением С могут корениться в чувстве вины: клиенты могут не захотеть называть свои эмоции, если они негативные (мета-эмоции) или приводят к самоуничижению, таким образом вызывая вторичное С («С ставшее А»). Мы видели такой пример в случае с Тальей, женой усердного ученого раввина. Она часто чувствовала себя вынужденной прерывать его ученые занятия, чтобы напомнить об обязанностях перед общиной, например о посещении больных или скорбящих. Он следовал ее указаниям, получал благодарность и одобрение паствы. Однако к тихой и застенчивой Талье относились неприветливо, не воздавая ей должного за вклад в дела общины. Талья туманно назвала свою проблему желанием большей поддержки, понимания и признания; однако она не могла определить конкретное С, сообщив лишь о том, что ощущает себя обойденной вниманием и воспринимаемой как должное. Эти утверждения были А (восприятием) и А (выводами). Дальнейшие расспросы показали, что в основе С у Тальи лежал гнев. Однако, будучи женой священнослужителя, она считала, что не вправе испытывать подобную эмоцию. Чувство вины из-за гнева мешало ей поделиться эмоцией с терапевтом, уже не говоря о муже.

Что в таких случаях может сделать терапевт, чтобы побудить клиента взглянуть в лицо своим эмоциям? Айрис Фодор (Fodor, 1987) указывала на то, что терапевтам РЭПТ и КПТ могут оказаться полезны упражнения гештальттерапии, в основном для помощи клиентам в обнаружении своих эмоций. Эллис (Ellis, 2002) использовал эти упражнения в «марафонских группах» с той же целью. Применение техник гештальттерапии или психодрамы, например техники «пустого стула», могло помочь жене раввина Тальи. Мы попросили бы ее представить на пустом стуле мужа или одного из неблагодарных прихожан. Затем она могла бы вступить с ними в диалог, в котором исполняла бы одну или обе роли, возможно, пересаживаясь со стула на стул при их смене. Ослабление воздействия обычных раздражителей таким способом может увеличить вероятность признания своего гнева.

Блок 8.3

Очень мощный способ помочь клиентам осознать свои эмоции – визуализация. Спросите клиентку, не хочет ли она закрыть глаза. Скажите, что будете давать ей не ограничивающие ее указания и не хотите, чтобы она выражала вслух свои мысли или была многословна. Вместо этого попросите помолчать и подождать, пока ей в голову не придет картинка или образ. В случае с Тальей мягким указанием на такой образ может быть инструкция: «Вызовите в уме образ себя и вашего мужа» или: «Представьте себе, что вы находитесь среди прихожан».

Терапевты могут часто использовать эту очень наглядную и эмоциональную технику, особенно при исследовании образа с помощью уточняющих вопросов: что происходит на картинке, какие чувства выражены в образе, какие телесные ощущения испытывает клиент. Образы помогут определить эмоцию.

Попробуйте моделирование. Терапевт может сказать: «Талья, вы знаете кого-нибудь еще, оказавшегося в подобной ситуации? Как вы думаете, как бы этот человек себя чувствовал?».

Попробуйте использовать юмор. Будьте осторожны в гиперболизациях, мягко подшучивайте над ситуацией или приведите смешную аналогию. Терапевт может установить условия для менее пугающего признания гнева Тальи. Примеры: «Думаю, вы действительно святая, другие на вашем месте уже рвали бы и метали!» или «Вы замечательно позволяете им вытирать о себя ноги: это многим нравится!»

Чувство стыда из-за С

Клиенты могут не контактировать со своими эмоциями из-за склонности интеллектуализировать свои затруднения. Такие люди будут избегать называть эмоции, вместо них описывать ситуацию или предлагать рациональные объяснения своего поведения. Могут даже отрицать переживание ими эмоций в принципе. В основе данной эмоциональной анестезии лежит убеждение в том, что выражение эмоций является в глазах других проявлением слабости. Избегание эмоций защищает клиента от негативных оценок окружающих и не дает ему испытывать чувство стыда.

Ключевая концепция здесь заключается в том, что терапевт хочет донести до клиента мысль о том, что все эмоции оправданы самим своим существованием. Для любого внешнего события они не являются ни приемлемыми, ни неприемлемыми, так как рождаются внутри нас и зависят из того, что мы говорим себе по поводу событий.

В своей знаменитой книге «Государь» Макиавелли учил, что, возможно, в наших интересах скрывать информацию о своих чувствах от других. Мы хотим помочь клиентам понять, когда это в их интересах. Однако им не стоит стыдиться или осуждать себя за то, что подумают другие в случае выражения ими своих эмоций.

Отсутствие или недостаток эмоций На сессии

Иногда терапевты сталкиваются с клиентами, не выражающими эмоций во время сессий. Предполагая, что отсутствие эмоций не является психотическим симптомом, врач может захотеть проверить две гипотезы:

1. Клиенты полагают, что во время терапии от них «ждут серьезности». То есть терапия – ответственное событие, требующее напряженной работы и строгого отношения к себе. В таких ситуациях терапевт заинтересован разубедить клиентов в подобном представлении о терапии – путем прямых указаний, моделирования и использования творческих стратегий для пробуждения большего количества эмоций и раскрепощения (например, поощряя выражение несогласия с терапевтом, разыгрывание клиентом пантомимы о своих проблемах или сочинение о них песен либо стихов).

2. Вызывать мало эмоций и даже подавлять их выражение может и поведение терапевта. Например, он может произносить пространные речи, задавать вопросы закрытого типа, забрасывать вопросами, слишком быстро переключаться с темы на тему или путать клиента. Прослушайте записи терапевтических сессий с такими клиентами и понаблюдайте за собственными репликами, которые предшествовали случаям выражения минимума эмоций. Старайтесь поощрять вербальное выражение клиентом своих мыслей, задавая ему простые, открытые вопросы (например, «И что потом?»).

Боязнь эмоций

Клиенты могут не осознавать своих чувств из-за боязни эмоций. Порой проблема заключается в избегании эмоциональных состояний. Например, ощущение себя в депрессии – неприятное или даже болезненное переживание. Клиент может избегать обсуждения вызывающих эту эмоцию ситуаций. Мы встречали людей, боящихся вспышек гнева, депрессии, тревоги и фобий. Похоже, в данном случае проблема в тревоге, вызванной дискомфортом, и в непереносимости фрустрации, когда клиенты убеждают себя, что эмоциональные переживания выше их сил. Избегание эмоций по причине их болезненности способно привести ко многим психологическим проблемам, например агорафобии, злоупотреблению психоактивными веществами (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, and Strosahl, 1996) или прокрастинации (Steel, 2007).

Важная клиническая стратегия – помощь клиентам в осознании того, что боязнь собственных эмоций не дает и мешает взглянуть в лицо проблемам и решать их. Рассмотрим случай с известным профессором Феликсом, пришедшим на терапию с расплывчатыми жалобами на показную жизнь и желанием большей самореализации, а также счастья. Феликс говорил о своей жене бесцветным голосом, не выражая никаких эмоций. Он описал ее как женщину, слишком увлеченную своей карьерой, родителями и детьми. Сам Феликс не создавал впечатление близкого для нее человека. Кроме того, он говорил о любовнице как о своей второй половинке и проводил в ее обществе самое счастливое время. Феликс злился на жену за то, что та позволила возникнуть дистанции в их отношениях, но боялся признать эти проблемы.

Т.: Феликс, мне кажется, вы описываете как самое счастливое время встречи с вашей подругой. Более того, когда вы говорите о жене, ваш голос звучит холодно и отстраненно. Интересно, какие чувства вы испытываете по отношению к ней?

К.: Я пришел сюда не за тем, чтобы это обсуждать.

Т.: Знаю. Думаю, вам было бы комфортнее, если бы я не замечал ваших чувств к ней.

К.: Да, так было бы намного проще. Думаю, я люблю ее, но иногда мне кажется, что она меня разлюбила.

Т.: Может, вы это хотели обсудить?

К.: (глубоко выдыхает). Это может размотать клубок проблем, с которыми я не хочу сталкиваться.

Т.: То есть вы сознаете, что избегаете эмоций по поводу своего брака и внебрачной связи?

К.: Мне просто страшно думать об этом. У нас общие дети и годы совместной жизни. Я боюсь узнать, какие чувства испытываю к жене, если все выйдет наружу.

Т.: Похоже, вы очень боитесь взглянуть на свои чувства. Но, позволив страху победить себя, вы никогда не сможете решить ни одну из проблем, которые привели вас сюда.

Обнаружение страха Феликса определить собственные чувства сделало эту мета-эмоцию первым пунктом в повестке дня.

Путаница с A, B и C

В нашей культуре люди часто путают между собой мысли и чувства. Иногда вы просите клиента описать чувство, а он называет убеждение. Например, говорит: «Когда она произнесла эти слова, я почувствовал себя идиотом». В другой раз вы просите клиента определить убеждение, а получаете в ответ эмоцию. Вы можете спросить: «О чем вы тогда думали?», – а клиент может ответить: «Думаю, меня снедала тревога».

Частая общая трудность начинающих терапевтов и клиентов заключается в различении B и C. Эта проблема отчасти может быть связана с неточностями нашего языка. Например, слово «чувствовать» в повседневной жизни имеет много значений:

Физическое ощущение: «Я чувствую холод».

Мнение: «Чувствую, что налоги следует снизить».

Эмоциональный опыт: «Я чувствую себя счастливым».

Оценка: «Я чувствую, что это ужасно».

Терапевту стоит внимательно прислушиваться к употреблению глагола «чувствовать» клиентами и побуждать их использовать его для описания эмоциональных последствий, а не мнений и оценок. Это поможет разграничить убеждения и эмоциональные C, что будет иметь большую ценность, когда клиенты попытаются оспорить свои иррациональные убеждения. Таким образом, если клиенты ошибочно называют B чувством, полезно остановиться и поправить их. Важный момент – выслушивание ответа клиента на вопрос терапевта: убедитесь, что он отвечает на заданный вами вопрос.

Путаница с А и С

Хотя РЭПТ обучила вас различать А и С, многие клиенты не будут видеть отличий. Часто, когда вы спрашиваете их, что они сейчас чувствуют, слышите в ответ А (восприятие) или А (вывод). Вспомните, как в главе 3 мы говорили о том, что эти составляющие являются когнициями, а не убеждениями, которые, согласно РЭПТ, имеют решающее значение для эмоционального нарушения. Они представляют собой часть А, так как являются потенциальными событиями, из-за которых расстраиваются клиенты.

Вот какие реакции нам приходилось слышать от клиентов в ответ на вопросы об их чувствах; на самом деле это не эмоции, а А (восприятие) и А (выводы):

- Я чувствую себя игнорируемым.
- Я чувствую себя неуважаемым.
- Я чувствую себя нелюбимым.
- Я чувствую себя обделенным.
- Я чувствую, что меня предали.
- Я чувствую себя бессильным.
- Я чувствую себя недостаточно умным (симпатичным, сексуальным, искушенным, худым и т. п.).

В каждом из этих примеров клиенты использовали глагол «чувствовать» для описания восприятия или вывода о потенциально имевшей место ситуации. При этом они не описывали эмоциональное следствие. Рекомендуемая нами в таких ситуациях стратегия заключается в следующем. Терапевт размышляет над сказанным и признает, что восприятие или вывод клиента может быть или является правдой.

Следующим вопросом будет: «Какие эмоции вы почувствовали или испытали, если так и было?»

Т.: Как вы себя тогда чувствовали?

К.: Я чувствовала, что меня предали.

Т.: Хорошо, предположим, вас предали. Какую эмоцию вы испытали из-за предательства?

К.: Полагаю, злость.

Иногда клиенты продолжают отвечать на вопросы о С синонимами событий, из-за которых расстраиваются. Например:

Т.: Как вы себя тогда чувствовали?

К.: Я чувствовала, что меня предали.

Т.: Хорошо, предположим, вас предали. Какую эмоцию вы испытали из-за предательства?

К.: Я почувствовала себя обманутой.

Т.: Хорошо, предположим, вас обманули. Какую эмоцию вы почувствовали тогда.

К.: Я почувствовала, что мне не верны.

Т.: Знаете, Роксана, предательство, обман и неверность – события, которые, по вашему мнению, с вами произошли, но это не эмоциональные реакции. Эмоции – это переживания, например гнев, радость, грусть, тревога, стыд. Это вы почувствовали, когда вас предали и обманули?

Другой пример – Том, боявшийся быть отвергнутым из-за того, что считал себя несостоятельным во многих отношениях. Он находился в депрессии, так как осуждал себя за неумение быть более успешным и популярным. Когда мы спросили его: «Как вы чувствовали себя в тот день, когда не стали претендовать на эту работу?» и он ответил: «Я чувствовал себя идиотом», – мы поняли, что у Тома: 1) вероятно, сильное чувство тревоги и депрессия; 2) возможно, он утвердился в самоуничижительном мнении о себе. Однако, прежде чем проверять обе гипотезы, мы указали Тому на то, что «идиот» – не эмоция, а отражение мысли или умозаключения, сделанного им о себе, что, как он боялся, заставит людей его отвергнуть. «Идиот» – не чувство. Важно проводить различие, потому что Том мог пытаться оспорить ощущение бытности «идиотом» или оправдать свое убеждение в том, что он – идиот, из-за этого так называемого чувства. В приведенном выше примере терапевт укажет Тому, что он *не чувствует* себя идиотом, а чувствует тревогу и депрессию, полагая себя идиотом. Так будет подготовлена почва для начала работы над иррациональным убеждением.

Дефицит слов для описания эмоций

Когда клиентов спрашивают, как они себя чувствуют, им легко запутаться в описании эмоций. Путаница может быть вызвана нехваткой подходящего словарного запаса для выражения чувств. Как правило, чем лучше терапевт помогает клиентам называть свои эмоциональные проблемы, тем проще будет с ними справиться. Повторимся: если клиент может описать свои чувства только как «ниже плинтуса», терапевт может спросить, понимает ли он слово «депрессия». Другими словами, терапевт может захотеть воспользоваться шансом расширить словарный запас клиента. Дополнительным преимуществом этого занятия является увеличение способности клиента получать пользу от библиотерапии, поскольку в большинстве книг по самопомощи используются такие термины, как «депрессия», «тревога» и т. п.

Терапевт способен помочь клиентам называть свои эмоции, опираясь на инструкции и моделирование. Вначале можно указать на разницу между положительными и отрицательными эмоциями (например, «Вы чувствовали себя хорошо или плохо?»), после чего предложить обсудить другие эмоции. Некоторые из следующих упражнений могут оказаться полезными как на сессиях, так и в качестве домашних заданий:

Вот несколько пар прилагательных, выражающих чувства и эмоции:

- счастливый – грустный;
- злой – разочарованный;
- гордый – уязвленный;
- смущенный – любопытный;
- испуганный – фрустрированный;
- нервный – виноватый;
- расслабленный – тревожный.

Произнесите каждое слово про себя и вслух.

Известно ли вам, что значит каждое из них?

Изобразите жестами (без слов) каждое из известных вам слов. (Люди выражают чувства по-разному, поэтому правильного способа сделать это не существует!) Есть ли другие чувства и эмоции, названия которых вы можете вспомнить? Если да, запишите их.

В устной или письменной форме закончите предложение «Я чувствую ___________» всеми возможными способами.

Начните вести дневник со слов «Я чувствую» или «Я чувствовал». Вначале просто записывайте чувство. Затем добавляйте: «Когда происходило то-то или то-то, я чувствовал ___». Например: «Когда я начал вести дневник, почувствовал тревогу». И наконец, заведите журнал эмоциональных переживаний в течение дня.

Другая причина, по которой клиенты путают эмоции, заключается в том, что они испытывают несколько эмоций по поводу одного и того же события. Хотя у нас есть теория ABC, это не значит, что переживание клиента будет состоять всего из одного элемента. В клинической практике более вероятно существование на каждом уровне нескольких элементов. У клиента может иметься A, B, C_1, C_2, C_3. Важно выяснить вместе с ним, определил ли он эмоции, которые испытал в ответ на активирующее

событие. И не считайте, что названная первой эмоция – клинически наиболее значимая.

Вернемся к упомянутому выше Феликсу, боявшемуся выяснить свои эмоции по отношению к собственному браку. Первичным А было то, что его жена много работала и практически не проявляла к нему нежных чувств. После успешной идентификации этого мета-страха терапевтом сессия может сосредоточиться на основной проблеме. Клиент сообщил о смущении из-за таких чувств. Терапевт сообщил Феликсу о возможности существования более одной эмоции. Не мог бы тот определить, какие чувства он испытывает к жене? Как только Феликс освободился от обязанности дать один правильный ответ, выявил несколько эмоций. Он злился на нее за отсутствие ласки. Он чувствовал свою вину в том, что отсутствие нежных чувств, вероятно, стало результатом его несостоятельности. Он был уязвлен возможностью того, что она его больше не любит. Он боялся, что жена уйдет, оставив его в одиночестве. Также ему было стыдно, что в случае ее ухода он будет опозорен. После перечисления всех эмоций терапевт спросил Феликса, над какой из них им следует поработать в первую очередь.

Обратите внимание: в каждой эмоции присутствует слегка отличающийся важнейший компонент А. Гнев Феликса возник из А (вывода), что жена его не любит. Его вина была запущена А (выводом) о его ответственности за отсутствие в ней любви. Его страх был вызван его А (выводом), что она его оставит в одиночестве. Наконец, позор связан с А (выводом), что другие будут плохо относиться к нему из-за развода.

Дихотомическое мышление

Многие клиенты классифицируют эмоциональные состояния дихотомически; например, могут считать, что единственная доступная им эмоция является нездоровой, дисфункциональной и отрицательной, либо реагируют так, словно ничего не случилось. В реальности же у клиентов есть выбор, какие качественно разные эмоции испытать. Предположим, клиентка пережила какую-то потерю. Из обширной категории грусти, являющейся одним из главных человеческих чувств, она могла выбрать грусть, депрессию, уныние или разочарование. Некоторые из этих вариантов – здоровые, функциональные эмоции, которые помогут ей справиться с потерей. Другие – нездоровые, дисфункциональные эмоции – приведут к нарушению и неспособности ее пережить. Терапия сосредотачивает внимание клиентки на осознании того, что у людей есть выбор, что почувствовать (Dryden, DiGiuseppe, and Neenan, 2010; DiGiuseppe and Tafrate, 2007).

Блок 8.4

Ваш клиент может сообщить о «фрустрации» в С. С технической точки зрения фрустрация относится к блокировке достижения целей и является скорее активирующим событием, чем эмоцией (DiGiuseppe and Tafrate, 2007; Miller, 1958; Trexler, 1976). Однако слово «фрустрация» может относиться к эмоции или чувству разочарования – мягкой версии гнева. Мы считаем, что правильным является первоначальное значение блокировки достижения целей. Однако терапевтам нужно вносить ясность и спрашивать клиента, какое именно значение он имеет в виду. Например, сказать, что «фрустрация» часто означает блокировку желания. Она фрустрирует, то есть мешает получить желаемое. «Пережив вчера фрустрацию из-за секретарши, что вы почувствовали – гнев, раздражение, разочарование или безразличие?»

Если клиент может представить себе и назвать разные типы эмоций, он способен и наметить способы (когниции) для достижения более желательного или адаптивного эмоционального состояния. Терапевт может, например, назвать клиенту группу эмоций и помочь ему классифицировать их как нездоровые (дисфункциональные) или здоровые (функциональные). Затем стоит указать на то, что рациональное мышление обычно приводит к здоровым, функциональным, адаптивным эмоциям (например, сильному сожалению или печали), а иррациональное – к сильным и деструктивным.

Неправильное называние эмоций

Клиенты часто неправильно называют свое эмоциональное состояние, поэтому хорошим эмпирическим правилом терапевта будет прояснение эмоциональной составляющей. Терапевту целесообразно регулярно просить клиента более широко объяснить или подробнее указать эмоциональный ярлык клиента (например, «Что вы имеете в виду, говоря о вине (тревоге, беспокойстве?»); если клиенту кажется, что он ошибается, укажите на это (например: «Сэм, больше похоже, что ты злишься, а не тревожишься»). Представляется, что клиенты чаще всего допускают ошибки в назывании вины или гнева, которые путают с тревогой.

Некоторые клиенты, чаще мужчины и люди из других культур, нередко соматизируют свои чувства вместо четкого обозначения эмоции. Когда их спрашивают о самочувствии, они могут жаловаться на напряжение в шее, описывая физическое ощущение, а не эмоцию.

Нечеткое называние эмоций

Клиенты могут использовать ярлык, который, хотя и понятен им, может быть непонятен терапевту. Например, Джунко сказала: «Я была так возмущена!» Точно ли вы понимаете, что она имеет в виду? Какова степень выраженности аффекта: слабая, средняя или высокая? Является эмоция адаптивной или дезадаптивной? Происходит она от рационального или иррационального убеждения? Ответы на эти вопросы могут стать ясны, если задать Джунко уточняющие вопросы, например: «Что вы имеете в виду, говоря “возмущена”?» или «Похоже, вы злитесь; что вы чувствуете, думаете или делаете, когда возмущены? Насколько вы злы?»

Типичные примеры нечетких формулировок:

- Я плохо себя чувствую.
- Я расстроен.
- Я несчастен.
- Я вымотан.
- Я взвинчен.
- Я потрясен.

Терапевты помогают клиентам уточнить эмоцию, спросив прямо: «Говоря, что вы расстроены, вы имеете в виду, что злитесь?» или: «Когда вы говорите, что потрясены, испытываете депрессию или грусть?» Также терапевты могут задавать вопросы, предполагающие несколько вариантов ответов, например: «Говоря “я вымотан”, вы имеете в виду, что чувствуете тревогу? Или депрессию? Или злость? Или вину?» Запись простого списка эмоций на доске или карточке может помочь клиенту прояснить свои эмоции в данный момент и обеспечить модель обучения для общения в будущем.

Иногда клиенты утверждают, что не могут подобрать точного слова для описания своих эмоций. Вы можете помочь им, предложив проиллюстрировать эмоции с помощью выражения лица или позы, показать это на собственном примере, чтобы разрядить обстановку. Стратегия использования гиперболизированных кинестетических сигналов лица и тела дает терапевту подсказку о роде эмоции и помогает клиенту глубже понять свое эмоциональное состояние.

Предварительная цель для таких клиентов может заключаться в оценке степени эмоциональной реакции людей в принципе. В качестве домашнего задания терапевт может попросить клиентов записать весь спектр реплик в духе «Я чувствую ___» или «Я в ___ настроении», которые они слышат от других в течение недели. Они также могут отслеживать собственные реплики подобного рода. Кроме того, терапевт может использовать три описанные выше техники.

Отсутствие явного дистресса

Время от времени приходится проводить интервью с клиентами, которые выпаливают целый список проблем, но не выглядят сколько-нибудь огорченными. Исследования показали, что есть люди, приходящие на терапию с очень низким уровнем нарушений, который повышается по мере ее прохождения. Возможно, терапевту будет интересно рассмотреть вероятные объяснения поведения тех, кто желает пройти терапию, но демонстрирует низкий уровень нарушения. Итак, клиент: 1) действительно не испытывает дистресс, но хочет личностного развития или самореализации; 2) пришел на терапию ради общения, а не за помощью; 3) переживает, что он не совсем «нормальный», и пришел убедиться в обратном; 4) использует защиты и активно избегает негативных эмоций. При неочевидности эмоционального дистресса можно рекомендовать конфронтацию – обсудить с клиентом одно или несколько из приведенных выше объяснений для определения адекватных целей.

Тактика избегания представляет собой, наверное, самую сложную проблему, так как, если поведение клиентов надежно защищает их от переживания нездоровых, негативных эмоций, то и они, и терапевт останутся в неведении относительно С. Если эмоциональные следствия не очевидны, но клиенты рассказывают о своем проблемном поведении, бывает полезно применить в отношении поведенческих проблем модель теории научения. То или иное поведение поддерживается его приятными результатами либо избеганием отрицательных раздражителей. Зачастую такими раздражителями являются скрытые эмоции клиентов. Иногда блокировку может сломать прямая конфронтация, как в следующем случае. Вариант решения – попросить клиентов представить, что они делают или как противостоят избегаемым им вещам.

Так, Джерри избегал сдачи экзамена на получение медицинской лицензии, но заявлял об отсутствии тревоги по этому поводу.

Т.: Джерри, если бы все так и было, если ты не испытывал никакой тревоги, почему избегаешь сдачи экзамена?

К.: Но я и не испытываю никакой тревоги сейчас.

Т.: Правильно, потому что, отодвигая экзамен, ты избегаешь переживания тревоги. Разве ты не видишь, что-то удерживает тебя от его сдачи, и это что-то может быть тревогой? Как думаешь, что будет, если ты пойдешь на экзамен и провалишь его?

К.: Даже не знаю, что сказать.

Т.: Хорошо, представь себе, что утром ты просыпаешься и обнаруживаешь себя в аудитории перед экзаменаторами. Как ты себя почувствуешь в такой ситуации?

К.: Мне она совсем не нравится.

Зачастую для обнаружения страхов клиента требуется шире использовать проективную идентификацию. Мы вспоминаем нашу клиентку Грейс, рассказывавшую о своей обеспокоенности тем, что она встречается исключительно с женатыми мужчинами. Она отрицала существование особой отрицательной эмоции и утверждала, что ее просто больше привлекают женатые мужчины. Терапевт провел женщину через фантазию, в которой она представила себя на свидании с

привлекательным мужчиной, внезапно объявившим ей, что он холост, и признавшим ее самой желанной из всех знакомых женщин. На этом месте мы попросили Грейс во время визуализации вступить в конфронтацию с тем, чего, по гипотезе терапевта, она избегала.

В другом случае страдающий ожирением Кес говорил об отсутствии у него каких-либо дисфункциональных эмоций. Терапевт выдвинул гипотезу, что Кес избегал свиданий и что его чрезмерное увлечение едой и избыточный вес были механизмом, позволяющим не общаться с потенциальными партнерами. У Кеса отсутствовала всякая реакция на данную гипотезу. Такое равнодушие было необычным. Терапевт попросил его пофантазировать о том, что он стройный и пришел на свидание с привлекательным мужчиной. При озвучивании терапевтом этой идеи Кес начал смущенно поеживаться. Начав описывать мысленный образ, он покраснел и сказал, что чувствует себя «некомфортно».

В обоих описанных случаях визуализация позволила клиентам получить доступ к межличностной тревожности, которую успешно блокировало их избегающее поведение (встреча с женатыми мужчинами или избыточный вес). После этого в центре внимания терапии оказывалась тревога.

Чарльз пришел на терапию, но сообщил, что не испытывает особых эмоциональных проблем, кроме нервного истощения. Он жаловался на практически не прекращающуюся усталость, и, сколько бы он ни спал, никогда не чувствовал себя по-настоящему отдохнувшим. Медицинское обследование не выявило физиологических причин сильной усталости. Врач направил его на терапию. Тщательный расспрос показал, что у Чарльза была ответственная, но удовлетворявшая его работа, он вел насыщенную общественную жизнь и активно занимался спортом. Его жизнь во всех отношениях казалась замечательной. Однако при дальнейшем расспросе Чарльз сообщил, что ему не всегда доставляли удовольствие его занятия, иногда не было желания всем этим заниматься. Поскольку его поведение не всегда подкреплялось удовлетворением от выполняемой деятельности, терапевт предположил, что часть напряженного графика была избегающим поведением. Он попросил Чарльза представить себе типичный день, но выбрасывать из него по одному из занятий. После каждой такой визуализации Чарльз, к своему удивлению, сообщал о появлявшемся чувстве вины. Дальнейший анализ выявил иррациональное представление о собственной ценности, основанное на выполнении всего, что, как он думал, ему *следует* делать. Таким образом, ведя чрезвычайно активную жизнь, он избегал лежавшего в основе чувства вины.

Такая проблема часто встречается у клиентов, сообщающих о неспособности контролировать свое аддиктивное поведение, например наркозависимость, курение, злоупотребление алкоголем и переедание. Они могут не признавать существование эмоциональных проблем, увеличивающих частоту такого поведения, но чувствуют вину за его совершение. Этих клиентов терапевт может попросить представить себя сначала сидящими за едой или курящими, а затем лишить себя этих удовольствий. Обычно клиенты сообщают об очень неприятном чувстве, похожем на ажитацию, усилившемся эмоциональном возбуждении, мышечном напряжении или нервозности. Это эмоциональное следствие, являющееся результатом их

иррационального убеждения в необходимости иметь желаемое, могло выпасть из сознания, потому что до сих пор они были весьма успешны в избегании неприятного чувства путем быстрого потребления желаемого. Подобные упражнения на визуализацию помогают клиентам узнать о своих С.

Эмоции во время сессии

Независимо от способности клиентов соотносить свои эмоциональные реакции и события в жизни терапевту рекомендуется учитывать поступающие от них в ходе сессии эмоциональные сигналы. Положение тела, напряженные мышцы, стиснутые зубы, изменение дыхания, потливость, выражение лица, увлажнение глаз, хихиканье и тому подобные реакции могут указать на соответствующие эмоции. Компетентный терапевт способен читать по лицам и жестам клиентов, проводить ассоциации между высказанным или невысказанным и выражением эмоций. Это важнейшее умение для определения эмоций и карьеры успешного терапевта. Сделайте все возможное для его развития и отработки.

Наблюдая за проявлениями эмоций, вы можете захотеть начать анализ ABC. Не совершайте ошибку – избегая работы с выраженными на сессии эмоциями. Терапия не всегда имеет дело с прошлыми либо недавними проблемами. Расскажите клиенту о видимых вами эмоциях и используйте их для начала анализа.

Вот пример такой работы:

Т.: Салли, я вижу, что глаза у тебя покраснели, а плечи опустились.

К.: Да, вы правы! *(Всхлипывает.)*

Т.: Похоже, ты расстроилась. Не могла бы ты сказать мне, какую эмоцию сейчас испытываешь?

К.: Это так сложно! Моя жизнь пошла под откос. Мне незачем больше жить.

Т.: Понимаю. Кажется, ты испытываешь депрессию по этому поводу.

К.: Да.

Т.: Хорошо, тогда почему бы нам прямо сейчас не поговорить об этом, а не о других названных тобой проблемах? Ведь, пока ты в это веришь, будешь испытывать депрессию и плакать.

Согласование изменения С

Признав и правильно определив вызывающую дистресс эмоцию, клиенты должны решить, хотят они продолжать ее испытывать либо изменить. Например, можно сохранить эмоцию или отказаться от своего гнева, тревоги, депрессии, а плюсы и минусы их выбора способны стать интересной темой для обсуждения. Как-никак, эмоции имеют свои преимущества, так как сообщают окружающим о том, что происходит внутри нас, и позволяют реагировать на это надлежащим образом. Иногда благодаря эмоциям люди обладают тем, что терапевты называют «вторичной выгодой». Эти выгоды или преимущества часто мгновенно подкрепляются нужным результатом, но в долгосрочной перспективе негативные следствия нарушенных эмоций делают их разрушительными.

Определение и диспутирование иррациональных убеждений имеет смысл лишь в том случае, если клиент убежден в следующем:

1. Моя эмоция на данный момент дисфункциональна.

2. Существует альтернативный, культурально-приемлемый и более функциональный эмоциональный сценарий, который можно испытывать в ответ на данный тип активирующего события. Мне лучше отказаться от дисфункциональной эмоции и стремиться испытывать ее альтернативу.

3. Мои убеждения вызывают мои эмоции.

4. Я буду работать над изменением своих убеждений, чтобы изменить свои эмоции.

Убеждение клиентов в вышеперечисленных четырех идеях будет мотивировать участвовать в процессе РЭПТ тех, кто неохотно меняет свои эмоции. Данная модель облегчает согласование целей терапии и переводит клиентов на активный этап изменений.

Мы представили модель для появления таких инсайтов, как способ мотивации изменений (DiGiuseppe and Jilton, 1996; DiGiuseppe and Tafrate, 2007). Она включает оценку клиентами следствий своего эмоционального и поведенческого С с позиции Сократа. Это помогает им определить скрытые издержки и негативные последствия эмоций и поведения. Затем терапевт знакомит их с альтернативными эмоциональными реакциями, являющимися культурально-приемлемыми. Поскольку люди научаются эмоциональным сценариям в семье и там же узнают, что некоторые эмоциональные сценарии приемлемы для их референтной группы, вероятно, клиент с имеющимся нарушением не изменился, так как не смог концептуализировать здоровый, функциональный эмоциональный сценарий для использования его вместо нарушенной эмоции. Вместе с терапевтом они могут исследовать альтернативные, приемлемые культурой эмоциональные реакции. Затем терапевт поможет клиенту создать новую связь, в которой альтернативный сценарий является для него более выгодным. Как только будет достигнут такой инсайт, терапевт покажет клиенту связь В и С, а затем они смогут перейти к определению ИУ.

Рассмотрим пример гневной молодой матери Тамары. Во многих отношениях гнев работал на нее: после ее криков из-за неубранной комнаты сын быстро наводил порядок. По сути проявление гнева тоже подкреплялось: после приступа она

ощущала приятную усталость и расслабление, близкое к ощущениям после спортивной тренировки. Проще говоря, ей было приятно выходить из себя. Кроме того, Тамара обеспечивала когнитивное подкрепление своей абреакции («Дав выход своему гневу, я поступила правильно!»). Таким образом, межличностные, кинестетические и когнитивные факторы помогали сохранять гневные эмоции и поведение. Для избавления от этих факторов терапевт может предложить Тамаре рассмотреть: 1) отдаленные последствия поведения – проявление гнева, конечно, не внушало сыну любовь к матери; 2) плохой пример, подаваемый сыну; 3) более полезные способы снятия напряжения, например упражнения на расслабление; 4) более эффективные способы контролировать поведение сына; 5) ошибочность ее когнитивных оценок, являвшихся следствием преувеличенного и неприглядного ощущения собственной правоты.

Блок 8.5

Одной из стратегий, используемых терапевтами РЭПТ и КПТ для повышения мотивации клиента к изменению, является двухколонный формат (например, Бернс[28]). Терапевт способен помочь клиенту в составлении списка преимуществ и недостатков изменения конкретной эмоции. Например, (частичный) список «за» и «против» отказа от хронического гнева на своего мужа:

Преимущества отказа от гнева	**Недостатки отказа от гнева**
«У меня останется больше энергии».	«О меня станут вытирать ноги».
«Улучшится здоровье в долгосрочной перспективе».	«Гнев выгоден. Я откажусь от полезного инструмента».
«Это лучше для детей».	«Мною будут манипулировать».
«Я буду меньше завидовать другим парам».	«У меня нет иного способа удовлетворять свои потребности».
«Я начну гордиться собой».	
«Мне станет комфортнее жить в собственном доме»	«Я не смогу отстаивать свои принципы»

Мы рекомендуем вам попросить клиентов перечислить плюсы и минусы *как* в краткосрочной, *так* и в долгосрочной перспективе. Можете ли вы представить себе работу, которую придется проделать этой клиентке, прежде чем она согласится уменьшить свой гнев?

Иногда может присутствовать не столь очевидная выгода: деструктивная эмоция поддерживается во избежание вызывающей еще больший дистресс эмоции. Рассмотрим случай матери, лишенной родительских прав в пользу отца, – событие, спровоцировавшее сильную продолжительную депрессию, от которой клиентка, похоже, не собиралась отказываться. Что значил для этой женщины отказ от горевания? Очевидно, она считала, что это докажет ей существование беспечной и безответственной матери – образ, вызывавший у нее еще большее чувство вины. Однако после успешного оспаривания данного иррационального убеждения клиентка согласилась поработать над снижением депрессии.

Клиенты могут решить остаться расстроенными, а не выполнять трудную работу РЭПТ по оспариванию. Они вправе сказать: «Я такой, какой есть», «Я не могу измениться», «Я всегда был таким» либо «Мне приятнее (или легче) быть расстроенным». После определения гипотез можно попросить клиента ответить на простой вопрос, позволяющий проверить догадку терапевта: «Что на самом деле правда: то, что вы не можете измениться, или то, что вам легче быть расстроенным?»

Следует иметь в виду, что бывает масса причин, по которым клиент неохотно соглашается менять С, и некоторые из них терапевт может поставить под сомнение. Однако если клиент не хочет менять С, РЭПТ обычно прекращается.

Поведенческие аспекты C

До сих пор мы обсуждали клиентов, озвучивающих в первую очередь эмоциональные проблемы. Как было сказано вначале, эмоции порождают стремление к направленному на устранение угроз или проблем действию. Поведенческие реакции – часть C, и во всех случаях следует быть осторожными при оценке того, что на самом деле *делают* клиенты, а не только того, что они чувствуют. Иногда в центре внимания может оказаться их поведение, которое гораздо важнее эмоций. Такими поведенческими C являются прокрастинация, разные зависимости, компульсивное поведение и защитное избегание. Часто начинающие РЭПТ-терапевты уделяют так много внимания чувствам клиента, что игнорируют или упускают проблему поведения, потому что не рассматривали его как часть C.

РЭПТ подпадает под категорию поведенческой терапии. Поэтому важно определить поведенческие цели, к которым будут стремиться клиенты. Изменение в чувствах без изменения в поведении было бы неудачным лечением. Кроме того, клиенты могут утверждать, что изменили свои чувства, но при отсутствии соответствующих изменений в поведении нужно ставить под вопрос точность эмоционального изменения. Обсуждение *до* и *после*, от A и B к C в главе 7, подчеркивает этот момент.

Учебная стенограмма

В следующей расшифровке стенограммы терапевт сталкивается с клиентом, описывающим переживание ряда неприятных эмоций. Задача терапевта – назвать эмоции, оценить степень их тяжести и провести ранжирование для дальнейшего исследования.

Выдержка из стенограммы

Т.: Привет, Эшвин. Над какой проблемой ты хочешь поработать сегодня?

К.: Моя жена говорит, что я в депрессии, и очень беспокоится обо мне. Все так запутано! Причина, по которой я начал думать о самоубийстве… Даже не знаю, как передать мое чувство, но знаю, что если бы я действительно захотел свести счеты с жизнью, сделал бы это.

(Обратите внимание, что клиент не ответил на вопрос терапевта.)

К.: Я думал: если так произойдет, и восемь таблеток сделают свое дело, будет хорошо, а если не сделают, тоже замечательно.

Т.: Но ты не собирался гарантировать результат, приняв двадцать пять или тридцать таблеток?

К.: Точно. Именно так я и думал.

К.: После моего первого развода я был взвинчен и подумывал о самоубийстве. Дважды, если честно.

Т.: Как ты себя чувствуешь сегодня?

(На этом месте терапевт возвращается к чувствам клиента, убедившись, что самоубийство не являлось неизбежным.)

К.: Очень тревожно.

Т.: Тревожно?

К.: Да.

Т.: Большинство людей, собирающихся совершить самоубийство, находятся в депрессии, а тебе тревожно?

(Обратите внимание, что терапевт работает с концептуальной схемой [связи эмоций и поведения] и проверяет ее соответствие состоянию клиента.)

К.: Да, я очень тревожусь.

Т.: Насколько сильно?

К.: Ну, когда я начинаю нервничать, у меня ломит спину.

Т.: Боли в мышцах?

К.: Вот почему на мне сейчас мышечный корсет. В воскресенье вечером я отдыхал – никакой физической нагрузки. Я просто наклонился, и вдруг эта боль. Она признак того, что что-то пошло не так.

Т.: Ты обращался к врачу по поводу спины?

К.: Да. Лет пятнадцать назад у меня сместился диск. Так что это давняя история. Думаю, во многих случаях спина болит из-за мышечного напряжения, потому что я работаю физически. Но иногда это не имеет отношения к какой-то…

Т.: Хорошо, это может быть просто мышечное напряжение. Значит, оно возникает, и тебе становится плохо?

К.: Я не сознавал этого, но теперь ситуация действительно стала хронической. Мои дети живут в Канаде, и когда они туда переехали, боль стала постоянной. Мэри обратила на это мое внимание.

Т.: Как давно это случилось?

К.: Четыре года назад.

Т.: Значит, в течение последних четырех лет тревога нарастает.

К.: Только когда я знаю, что они скоро приедут.

Т.: Когда они приезжают, тревога нарастает. Как часто это бывает?

(Терапевт признает и принимает чувства клиента, одновременно собирая дополнительную информацию о его жизненной ситуации.)

К.: Обычно два раза в год. В этом году всего один раз, и они снова приедут через три недели. У меня опять все начинается – нарастает тревога.

Т.: Значит, чем ближе приезд детей, тем тебе тревожнее или страшнее, будто есть что-то, с чем ты не можешь справиться и ощущаешь оцепенение? Или чем ближе приезд детей, тем больше ты им обеспокоен, становишься обязанным что-то делать, но ощущаешь, что все под контролем? Или ты просто взволнован их приездом?

К.: Нет, у меня тревога, паническая.

(Терапевт только что смоделировал для клиента главное отличие – между нарушенной эмоцией (тревогой) и ее функциональной здоровой версией (обеспокоенностью или волнением).)

Т.: Теперь позволь мне спросить тебя кое о чем. Что тебя пугает в приезде детей?

С.: Скажем, всякий раз, когда кто-нибудь говорит мне о детях, мои глаза на мокром месте (у клиента наворачиваются слезы на глазах).

(Обратите внимание, что терапевт будет работать с этой эмоцией, появившейся на сессии.)

Т.: Так, похоже, тебе стало грустно. Значит, наряду с тревогой ты испытываешь некоторую грусть.

К.: Может, это потому, что я начинаю бояться и думаю о своих чувствах при нашей встрече и во время расставания.

Т.: То есть, другими словами, сейчас ты переживаешь или воображаешь свои чувства, когда встречаешь или провожаешь их в аэропорту, и чувствуешь грусть. Ты испытываешь тревогу по поводу грусти?

(Терапевт выдвигает гипотезу о том, что С стало А, и задает вопрос для ее проверки.)

К.: Верно.

Т.: Тогда какая из проблем, на твой взгляд, важнее: тревога или грусть?

К.: Это очень интересный вопрос.

Т.: Налицо обе эмоции.

К.: Что я пытаюсь выяснить, так это то, испытываю ли я жалость к самому себе. Не знаю. Я пытаюсь разобраться в этом уже четыре года.

Т.: Позволь мне спросить тебя: тревожишься ли ты из-за чего-то еще, кроме детей?

К.: Да. То, что привело к попытке самоубийства, давайте назовем это на данный момент…

Т.: Попыткой.

К.: …могло случиться на почве многих других вещей. То есть мне приходится упорно работать над всем в жизни, ничего не дается легко.

Т.: Даже убить себя! Ты даже этого не можешь сделать легко, верно?

(Обратите внимание на шутку терапевта и реакцию на нее клиента.)

К.: Мог бы, если бы захотел. Это может быть частью многих моих проблем. Так, мой первый брак продлился восемнадцать лет, и семнадцать из них я чувствовал себя счастливым. Я был очень доволен. А потом мы, моя бывшая жена и я,

подружились с другой парой, и прежде чем мне все стало известно, лучший друг и жена сбежали. Я выбрал трудный путь – нанял детектива и все такое. Когда прошел первоначальный шок, я думал, что никогда больше не поверю ни одной женщине. Я был в полной безопасности и внезапно потерял не только жену, но и друга, и детей – это была тройная катастрофа.

Т.: Можно, мы ненадолго прервемся?

К.: Да.

Т.: Когда ты думаешь о детях и чувствуешь грусть при их приезде, напоминает ли она тебе ту грусть, которую ты чувствовал в то время?

К.: Нет.

Т.: Напоминает ли она о твоей уязвимости?

(Терапевт исходит из гипотезы, что сталкивающийся с серьезными проблемами клиент имеет иррациональное убеждение в том, что не может с ними справиться.)

К.: О да, потому что в некотором смысле я виню себя в потере детей. Я совсем не рад потере бывшей жены, потому что очень любил Кэрол. Здесь нет приоритета. Грусть существует просто потому, что я потерял детей, и никакие чувства не вернут тот момент.

Т.: Ты согласился со мной, что, думая о приезде детей, вспоминаешь свою уязвимость в то время. А теперь она вызвана потерей детей или потерей жены?

(Терапевт только что услышал слово «виню» в реплике клиента, но придерживается прежней концепции до следующего вмешательства.)

К.: Нет. Просто грусть в отношении моих детей – дело времени, я чувствую отдаление с обеих сторон – их и моей. Мы так редко видимся!

Т.: Значит, тебе грустно потому, что ты не часто видишь детей?

К.: Верно.

Т.: Позволь мне прервать тебя и переформулировать твои слова. Ты сказал, что тебе грустно. Согласен, все так и есть, но просто ли тебе грустно? Или ты чувствуешь грусть и депрессию? Нормально чувствовать грусть по поводу негативных событий, но ты можешь испытывать в большей мере нарушенную эмоцию под названием «депрессия». Что именно ты чувствуешь? Только грусть или грусть и депрессию?

К.: Ну, давайте добавим сюда немного вины…

(Терапевт не позволяет клиенту отклоняться от темы разговора. Он заканчивает работу над грустью о детях и, услышав комментарий о чувстве вины, оставляет его для дальнейшего обсуждения.)

Т.: Я думаю, важно провести различие, и, вероятно, переживаемое сейчас тобою чувство – не просто грусть, а настоящая, глубокая депрессия. Я думаю, любой мужчина точно так же будет грустить о потере детей, но не будет настолько деструктивен. Возможно, грусть будет сопровождать тебя всегда, ведь рядом нет детей… По крайней мере, я на это надеюсь. Ты не станешь бессердечным, и я не думаю, что мог бы помочь тебе в этом. И даже если бы мог, не думаю, что захотел бы. Однако смысл в том, что твое проблема не в грусти – она нормальна. Дело в депрессии, и ты оказался в ней из-за грусти. Думаю, здесь важно использовать разные слова, а не просто грусть. Теперь, в чем заключается вина?

(Терапевт провел различие и помог клиенту правильно назвать свои эмоции. Не только высокая степень их выраженности, но и чувство вины, и очернение себя, а

также попытка самоубийства являются признаками того, что его проблема – депрессия, а не просто грусть.)

К.: Во всем, что было нужно моей бывшей жене – в основном это касалось денег, – я баловал ее. Наш образ жизни вышел далеко за рамки моих финансовых возможностей, потому что я чувствовал ее потребности. Я работал по много часов, приходил домой и ложился спать. Вставал и шел на работу, приходил домой и ложился спать. Это был порочный круг, за исключением выходных. Раньше я с нетерпением их ждал, словно два месяца отпуска, а не два дня, ждал, чтобы просто провести время с друзьями и насладиться жизнью. Чувство вины заключается в том, что я был недостаточно умен, чтобы понять существование в жизни нечто большего, чем работа.

Т.: А поскольку ты этого не понимал, что произошло дальше?

К.: Ей стало веселее с моим другом.

Т.: И, поскольку тебя не было рядом, она сбежала с другим? А если бы тогда ты оказался достаточно умен, не потерял бы детей?

К.: Именно.

Т.: То есть ты считаешь себя реально глупым, не так ли?

(Попытка пошутить, сопровождаемая усмешкой.)

К.: Нет.

Т.: Но ты же занимаешься самобичеванием по этому поводу.

К.: Ну да, потому что в новом браке я снова чуть не вляпался в ту же историю. Я не совсем сознавал ее и запутался. Потому что, как я начал говорить ранее, хочу вырвать из себя ту часть меня. Отсутствие уверенности в жизни и недоверие к друзьям привели меня к попытке самоубийства. У меня нет настоящего друга, даже после прошедших выходных.

Т.: Ты не доверяешь мужчинам, как и женщинам?

К.: Именно. Хотя, вероятно, после этих выходных у меня появился друг. Наконец-то. И Мэри всегда давала мне почувствовать свою преданность, честность и то, что я для нее – номер один и что никакой другой мужчина никогда не встанет между нами. Мне было очень спокойно, хотя потребовалось немало усилий, чтобы снова научиться верить. Однако, к сожалению, сложилась нелепая ситуация. У Мэри депрессия из-за невозможности найти работу, и она продолжается уже два года. На прошлой неделе, не помню как, про это зашел разговор, и Мэри сказала мне, что способна переспать с тем, кто найдет ей работу.

Т.: Ее заинтересовали деловые связи твоего друга?

К.: Да. Тем временем в моей голове уже все случилось. И я рассказал Мэри о своих чувствах. Те выходные стали катастрофой. Я не смог справиться с мыслью о том, что моя жена переспит с другим мужчиной ради каких-то денег.

Т.: Мне кажется, по крайней мере выражаясь терминологией РЭПТ, есть несколько активирующих событий и несколько эмоций, происходящих в одно и то же время. Это и депрессия, и тревога, и вина. Активирующими событиями, похоже, являются встречи с детьми, переживание разлуки с ними и то, что ты их оставил либо позволил этому случиться; а также предположение, что от тебя уйдет жена. Из того, что ты мне рассказываешь, получается, что расстраивающее тебя сильнее всего событие происходит сейчас – ты боишься ухода жены. Малейший намек на то, что

это может стать правдой, приводит к огромной тревоге. Вспоминая о детях, ты, вероятно, думаешь о внезапном уходе первой жены и о том, что если это могло случиться тогда…

Несмотря на то что это была первая сессия, терапевт показал клиенту РЭПТ на его прежнем опыте. Обратите внимание: врач подытоживает разбор сложных проблем клиента и выдвигает гипотезу о том, что тот считает себя причиной прежних проблем и, вероятно, их повторения с нынешней женой.

Глава 9

Оценка В

Обнаружение иррациональных убеждений

Определить иррациональные системы убеждений клиентов нелегко. Такие мысли из-за большого количества подкреплений превратились в выученные когнитивные привычки, став автоматическими. Это скрытые, имплицитные и невысказанные предположения, зачастую не достигающие нашего сознания. Иррациональные и прочие схематичные мысли хорошо отрепетированы и по причинам когнитивной экономии действуют быстро и вне нашего сознания. Советские ученые в области возрастной психологии Выготский[29] и Лурия[30] проследили развитие внутренней речи у детей. На самых ранних этапах речевого развития их поведение контролируется речью окружающих. Позднее можно услышать, как дети отдают сами себе слышанные ранее от взрослых команды. В конечном счете их разговор с самими собой полностью интернализируется. При регулярном повторении не только снижается необходимость сосредотачиваться на внутренних командах, но и, судя по всему, имеет место своего рода короткое замыкание, в результате чего отдельные элементы мыслей объединяются в более крупные блоки. Последнее замечание, вероятно, станет понятнее, если вспомнить уроки вождения автомобиля или то, как ребенка учат завязывать шнурки. В обоих случаях сложное задание разбивается на мелкие блоки, снабженные инструкциями для учащегося. Затем, как правило, инструкции произносятся вслух, повторяются субвокально и, наконец, интегрируются в непрерывное целое, которое может протекать без сознательного внимания. Предшествующие эмоциональным реакциям мыслительные процессы предположительно следуют сходным, хотя и более тонким закономерностям развития. Таким образом, клинической задачей может быть помощь клиентам в определении и вербализации своих мыслей, убеждений, установок и философии жизни. РЭПТ постулировала, что ИУ неосознаны не потому, что психика изгоняет их из сознания из-за неприемлемости, а потому, что они слишком отрепетированы и достигают автоматизма (DiGiuseppe, 1986).

Из-за этого свойства иррациональным убеждениям трудно достичь сознания клиентов. Когда вы спрашиваете, о чем они думали, испытывая какую-то эмоцию, слышите ответ о потоке сознательных мыслей, таких как А (воспринимаемое) и А (выведенное), или о том, что когнитивные терапевты называют «автоматическими мыслями». Для обнаружения ИУ клиентов необходимы дополнительная оценка и исследование. Иногда на просьбу терапевта рассказать о мыслях клиенты называют эмоцию («Думаю, мне грустно/тревожно/боязно» и т. п.). Задача терапевта – выйти за рамки эмоций, А (воспринимаемого) и А (выведенного) и перейти к иррациональным мыслям.

Поэтому после определения соответствующих активирующих событий и следствий мы переходим к исследованию В. Для начала этого процесса спросите клиента, о чем он думает до или после А либо во время С. Вот ряд вопросов, которые можно задать:

• О чем вы думали, когда произошло это событие? Если клиент проявляет эмоции во время сессии, вы можете спросить:

• О чем вы думаете сейчас, испытывая эти эмоции?

• Что вы говорили себе о событии, испытывая такое чувство?

• Были ли у вас в голове какие-то мысли, когда вы себя так чувствовали?

• В вашей голове снова появилась заезженная пластинка. Что она играет на этот раз?

• Что тогда было у вас на уме?

• Помните ли вы, о чем думали в тот момент?

По изложенным выше причинам ответом на данные вопросы обычно являются А (выводы) или автоматические мысли. Поэтому мы предлагаем задавать более конкретные вопросы:

• Что вы говорили себе об А (назовите конкретное А клиента), заставившее вас чувствовать С (назовите конкретное С клиента)?

• Наступления чего вы требовали в расстроенном состоянии?

Клиенты, отвечающие на эти вопросы ИУ (императивами/требованиями), например *долженствованиями, следованиями* или ИУ (производными), получают лучшее понимание того, о чем они думают, так что вы быстрее пройдете этапы терапии.

Несколько стратегий могут привести клиентов от их А (вывода) к скрытым иррациональным убеждениям.

Осознавание через индукцию. Во многих формах КПТ терапевты побуждают клиентов сообщать свои выводы и пытаются оспорить их истинность. Если терапевты занимаются этим на протяжении достаточного количества сессий, у клиента появится опыт сопоставления своих проблем с данными выводами. Именно благодаря такому многократному обнаружению клиент может увидеть, что в его выводах есть паттерн или общая тема . Ви́дение тем среди множества конкретных выводов помогает людям индуктивно осознать свои главные императивные требования, прослеживающиеся в накопленных выводах.

Ниже приведен диалог между терапевтом и клиентом с социальной фобией Мигелем, который осознал свои иррациональные убеждения после семи сессий постановки под сомнение соответствующего его тревоге вывода:

К.: Знаете, я думаю, люди меня отвергнут. Каждую неделю я прихожу сюда с новым напугавшим меня событием. И всегда думаю, что не понравлюсь людям.

Т.: Согласен, это точное наблюдение. В течение семи недель вы озвучивали мне свои прогнозы относительно того, что вас отвергнут, оказавшиеся в итоге неправдой.

К.: Возможно, я считаю, что люди меня отвергнут, потому что думаю, что это было бы ужасно. Думаю, мне необходима их симпатия!

Чтобы прийти к основному выводу, Мигель выбрал из множества отдельных эпизодов тревоги и мыслей о социальном отвержении индуктивные рассуждения. Эта техника позволяет клиентам самостоятельно обнаруживать главные иррациональности (при их наличии). Она хорошо работает. Однако прежде, чем вы сможете приступить к оспариванию ИУ, много сессий уйдет на их определение. Это действенная, но менее эффективная стратегия, основанная на самопознании. Если

вы считаете, что оно является важнейшим компонентом психотерапии, данная стратегия наиболее целесообразна. Некоторые психотерапевты ставят самопознание выше направляемого открытия. Вопрос, является ли самопознание более действенным средством изменения, остается открытым. Исследования научения через самопознание не выявили его однозначной пользы. Самопознание хорошо работает в отношении некоторых вещей, но не может быть хорошей стратегией в изучении таких предметов, как математика. Представьте себе учеников, самостоятельно находящих решение дифференциальных уравнений. Является ли самопознание лучшей стратегией, чем направляемое открытие в психотерапии, до сих пор вопрос эмпирический. Самопознание может быть действенным в отношении смышленых, четко выражающих свои мысли клиентов. Когда мы работаем с менее интеллигентным или неинтроспективным клиентом, как часто бывает, неуклюжее обращение клиента к самопознанию может вылиться в затяжную терапию: пока мы ждем, когда клиент сам себя откроет, он продолжает страдать.

***Индуктивная интерпретация*.** Несколько более активная тактика использует интерпретацию терапевтом. После сбора и постановки под сомнение большого количества А (выводов) терапевт может указать на содержавшиеся в них общие темы и путем интерпретации – на возможные главные иррациональные убеждения или лежащую в их основе схему. Однако эта стратегия требует относительно больших временных затрат. Проблема в том, какое количество примеров эмоциональных эпизодов клиента и А (выводов) потребуется терапевту, прежде чем он получит достаточную выборку для правильного вывода. Сколько сессий необходимо для правильной выборки: три, пять, семь? Другая проблема – способ, которым предлагается проводить интерпретацию. Мы обычно избегаем использования интерпретации слов. Интерпретация в психотерапии включает концептуализацию проблем клиента терапевтом, после чего он делится ею с клиентом. Однако терапевт часто оказывается прав. В этом контексте у практика может возникнуть соблазн думать, что количество собранного им для обоснования интерпретации материала обеспечивает ее точность. Интерпретации все равно остаются предположениями или хорошо сформулированными гипотезами и как таковые допускают наличие ошибок.

Давайте продолжим работу с Мигелем и покажем, как терапевт может использовать эту стратегию.

К.: На этой неделе я ходил на семейный обед по случаю помолвки. Я не знал многих людей из семьи жены. У меня снова была сильная тревога. И я думал, что они меня осуждают.

Т.: Мигель, на протяжении нескольких недель вы приходили, сообщая мне о появлении у вас тревоги в социальных ситуациях. Каждый раз у вас возникали мысли, что люди будут судить о вас негативно и вы им не понравитесь. Скажите, есть ли в этом смысл? Возможно, вы считаете, что вам необходимо одобрение других людей и что вы не можете нравиться другим.

Эта тактика обычно работает. Терапевты умеют выводить основные иррациональные убеждения клиента из большой выборки А (выводов). Повторимся:

вопрос в том, является ли потраченное на создание выборки время эффективным использованием времени терапии. Думаем, что нет.

Цепочка логических выводов. Эту технику разработал психолог Боб Мур из Флориды. В ней терапевт определяет А (вывод) и предлагает гипотезу о том, что А может быть правдой. Терапевт задает клиенту один из двух вопросов: «Как вы думаете, что случится, если это правда?» или «Что означало бы для вас, если бы это было правдой?» Укороченные версии вопросов: «Что, если это правда?» или «Что бы это означало?» Каждый вопрос может привести к новым А (выводам), и эти вопросы повторяются до появления в финале иррационального убеждения. Терапевт продолжает задавать вопросы, пока иррациональное убеждение не выйдет на сознательный уровень. Ниже приведен пример диалога с нашим клиентом с социальной фобией Мигелем, демонстрирующий цепочку логических выводов.

К.: На следующей неделе мне нужно идти на деловое мероприятие, и я знаю, что не понравлюсь этим людям.

Т.: У нас нет никаких доказательств. Однако предположим, что так и будет. Что случится, если вы им не понравитесь?

К.: Я не смогу завязать контакты и потеряю бизнес.

Т.: Я не уверен, что так и будет, но давайте предположим, что вы правы: вы не завязываете связи и теряете бизнес. Что бы это означало?

К.: Если я потерплю неудачу в бизнесе, у меня будет меньше денег я не смогу быть на одном уровне с друзьями и перестану им нравиться.

Т.: И снова вы торопите события. Мы не знаем, случится ли это в принципе. Но даже если бы случилось и вы потеряли бы друзей, что бы это значило?

К.: Я стал бы полным неудачником. Я имею в виду, чтобы что-то из себя представлять, необходимо нравиться другим.

В цепочке логических выводов клиент извлекает из собственного опыта главные иррациональные убеждения, хотя их поиском руководит терапевт. Эта стратегия имеет преимущества в эффективности и самопознании. Цепочка основана на технике сократовского диалога – проверенного временем метода обучения посредством самопознания. Слыша свои слова, клиенты нередко удивляются тому, сколько информации можно извлечь с помощью вопросов и цепочки выводов. Мы часто видим, как люди обнаруживают удивляющие их иррациональные убеждения. Это говорит о том, что они не осознавали их до расспроса.

Похожим образом может быть полезна цепочка из вопросов о времени. Ниже приведен еще один пример цепочки выводов, где мы пытались задавать связанные с временем вопросы.

Владимир ревновал жену. Он постоянно думал о том, что она его бросит, и следил за ней, чтобы поймать на измене.

К.: На этой неделе я сцепился с женой, после того как взял ее телефон и просмотрел звонки.

Т.: Что вы чувствовали, решив проверить ее телефон?

К.: Тревогу и ревность из-за того, что она разговаривала с другими мужчинами.

Т.: Владимир, у нас нет доказательств того, что она разговаривает с другими мужчинами. Но что случится, даже если она будет часто разговаривать с ними?

К.: Это будет означать, что она больше меня не любит.

Т.: Хорошо, пока у нас нет этому доказательств, но предположим, что есть. Предположим, она перестала вас любить. Что, как вы думаете, может произойти дальше?

К.: Она меня бросит.

Т.: Да, это будет очень плохо. Но давайте предположим, что так случилось. Что может быть самой ужасной вещью в случае ухода жены?

К.: Я могу не найти себе другую, боже ты мой!

Т.: Давайте предположим, что вы не нашли другую женщину. Что будет самым худшим тогда?

К.: Я останусь один. И это не должно случиться, я *не смог бы вынести* такого.

Многие терапевты соблазняются остановкой на каждом А (выводе) и постановке его под сомнение. Мы же не хотим отвлекаться на оспаривание иногда обнаруживаемых в цепочке эксцентричных и неправдоподобных А (выводов) – они отвлекают от продвижения к основному ИУ. Терапевт может продолжить двигаться по цепочке в поисках ИУ, располагающегося в самом низу. Наш клинический опыт указывает на то, что лучше добраться до конца цепочки и оспорить ИУ, обнаруживающееся в последнем А (выводе). Остановка для изменений всех А (выводов) и соответствующих им ИУ вдоль по цепочке способна отвлечь от цели, и терапевт с меньшей вероятностью доберется до самого важного, основного ИУ. В некоторых случаях самого важного А (вывода) в конце цепочки может не оказаться, и тогда терапевт выяснит, какой А (вывод) наиболее важен, перечислив клиенту обнаруженные им в цепочке А (выводы) и задав ему вопрос, какой из них больше всего связан с его эмоциональным нарушением.

В приведенном выше примере терапевт продолжает исследовать главные иррациональные убеждения клиента, задавая вопросы и попутно вскрывая ИУ. Клиенты могут начать с жалоб на то, чего они хотят от матери (супруга, детей, начальника и т. д.), и того, что нужно им: «Я хочу, чтобы все было так, как я хочу» Следующим вопросом терапевта в случае с Владимиром мог быть такой: «Почему вы не выносите отсутствие женщины в вашей жизни?». Если терапевт продолжит спрашивать, зачем Владимиру быть любимым, могут вскрыться еще более иррациональные убеждения. В данном примере клиент может заявить, что считает ужасным то, что жена перестанет о нем заботиться, потому что это докажет его никчемность. Убеждение в своей никчемности было бы основным ИУ.

Осознавание через использование союзного предложения. С цепочкой логических выводов связано использование союзов для ее завершения. В этой технике вместо повторения услышанного и постановки следующего вопроса терапевт отвечает на определение клиентом А (вывода) фразой, побуждающей его продолжать говорить. Например, после А (вывода) клиента терапевт произносит: «…и это будет означать, что…», или «…и тогда…», или «…и поэтому…». Представьте себе, что терапевт стирает точку в конце предложения клиента и вставляет туда союз для продолжения его мысли. Эллис часто использовал данную стратегию. Одна из причин ее эффективности заключается в том, что она может отвлекать меньше, чем полное повторение фразы, которую клиенту затем придется обдумать для точности, прежде чем продолжить. Он сохраняет динамику и не теряет ход мысли.

Снова вернемся к примеру того, как эта техника работает с нашим клиентом с социальной фобией Мигелем.

К.: Я знаю, что я им не понравлюсь.

Т.: …и тогда…

К.: Я не завяжу деловых контактов.

Т.: …и это будет означать, что…

Другой простой альтернативой для терапевта является использование метода незаконченных предложений:

К.: Я буду зарабатывать меньше денег и отстану от своих друзей.

Т.: …что означает, что…

К.: Я неудачник. Чтобы что-то собой представлять, мне необходимо нравиться другим.

Мы обнаружили, что более разговорчивые, интуитивно понимающие, умные клиенты лучше реагируют на использование союзов, а конкретнее и буквально мыслящие – не так хорошо. Меньше склонные к самоанализу и менее разговорчивые люди кажутся лучше справляющимися с более структурированной техникой цепочки логических выводов.

Цепочка завершения предложения. Другой вариант цепочки логических выводов – включение в нее метода незаконченных предложений. В этой технике терапевт, вскрывая А (вывод), помещает его в центр предложения, например: «Самое худшее в ______________ – это …». В случае обнаружения следующего вывода процесс продолжается уже с новым центром предложения. Покажем, как эта техника реализуется на знакомом нам Мигеле.

К.: Я знаю, что я им не понравлюсь.

Т.: Самое худшее в их неприятии вас – это…?

К.: Я не смогу завязать деловые контакты.

Т.: А самое худшее в отсутствии деловых контактов – это…?

К.: Я буду зарабатывать меньше денег и отстану от своих друзей.

Т.: Хорошо, а самое худшее в меньшем количестве денег и отставании от друзей – это…?

К.: Я неудачник. Чтобы что-то собой представлять, мне необходимо нравиться другим.

Метод незаконченных предложений имеет все преимущества стратегий цепочек логических выводов. Однако наличие большей структурированности делает эти преимущества доступными более широкому кругу нуждающихся в структуре клиентов.

Оценка на основе гипотетико-дедуктивного метода. Если методы самораскрытия цепочки логических выводов не в состоянии вскрыть ИУ клиента, имеется еще несколько директивных техник. Первая предлагает клиенту гипотезы. Философия науки Карла Поппера,[31] о которой мы говорили в главе 1, оказала большое влияние на РЭПТ. Поппер говорил о том, что людям свойственно формулировать гипотезы об изучаемых ими вопросах. Подумайте об этом: сколько времени уходит у вас на то, чтобы сформулировать гипотезу о диагнозе или ИУ нового клиента? Можем поспорить – считаные минуты. Поппер считал, что наука быстрее всего движется вперед, когда ученые подтверждают свои гипотезы и

пытаются их опровергнуть. Согласно философии Поппера, клинические знания о конкретном случае развивались бы быстрее, если бы клиницист подтверждал свои гипотезы и попытался их опровергнуть. По сути дела, клиницисты не придерживаются гипотез, а гипотезы клинициста влияют на то, какие вопросы он задает и что помнит. Поэтому лучше подтвердить гипотезу и выработать направление вопросов, которое предоставит данные для ее опровержения.

Клиницисты могут формулировать гипотезы, основываясь на собственном клиническом опыте, знании человека, знаниях в области психологии и психопатологии, а также РЭПТ и других форм КПТ. Вместо выработки гипотез лишь в автоматическом режиме задумайтесь над приведенной выше информацией и попытайтесь выдвинуть лучшие гипотезы относительно ИУ ваших клиентов.

Сформулировав гипотезу, предложите ее клиенту. У нас есть несколько рекомендаций на этот счет. Во-первых, выражайте свои мысли гипотетически. Большинство людей не любят, когда им говорят в лоб то, о чем они думают. Поэтому избегайте декларативных предложений. Во-вторых, откажитесь от нарциссической эпистемологии (эпистемология – философское изучение нашего знания вещей), то есть откажитесь от философской позиции, будто вы настолько блестящий клиницист, что ваши идеи должны быть правильными. Все мы совершаем ошибки, и всем нужно их признавать. В-третьих, попросите у клиента обратную связь. Клиенты являются главными арбитрами правильности своего опыта. В-четвертых, наблюдайте за реакцией клиента на такие запросы. Прислушайтесь к интонациям голоса и следите за языком тела – они предоставят важную информацию о том, вызвало ли предложенное вами ИУ эмоцию клиента.

Вот пример того, как терапевт использует стратегию оценки на основе гипотетико-дедуктивного метода вместе с нашим клиентом Мигелем.

К.: На днях я ходил на одно мероприятие и испытал сильную тревогу.

Т.: Вы сознавали, о чем думали в тот момент?

К.: Нет. Я не помню никаких мыслей. Наверное, я просто не знаю, о чем тогда думал. Я боялся отвергающих людей – этого у меня не отнять.

Т.: Хорошо, Мигель, спасибо за разъяснение. Давайте рассмотрим другую идею. Не могли бы вы подумать что-то вроде: «Меня необходимо считать успешным человеком».

К.: Нет, это не про меня. Мне не нужно быть им, чтобы меня просто приняли.

Т.: Хорошо, как насчет идеи: «Я неудачник и не могу выносить отвержение. Чтобы что-то из себя представлять, мне необходимо нравиться другим». Как вам это?

К.: *(мышцы на его плечах и шее напрягаются, он отвечает заметно испуганным голосом)*: Да, по крайней мере, кто-то должен меня принимать. Мне необходимо быть принятым.

Запрос о долженствовании. Основываясь на РЭПТ, мы постулируем, что императив (требование) стимулирует эмоциональное нарушение. Можно спросить клиента, чего он требует в расстраивающей ситуации. Например, если клиент сообщает о возможной критике со стороны других, вместо того чтобы спросить: «Что вы говорите себе о такой критике?», – вы можете спросить: «Какое требование

вы могли бы выдвинуть в отношении критики со стороны других?» или: «Каким человеком вы себя считали бы, если бы вас критиковали другие?»

Снова применим эту технику на нашем клиенте Мигеле.

К.: Я знаю, что не понравлюсь им.

Т.: Хорошо, какое вызывающее тревогу требование вы озвучиваете себе в отношении людей, которым не нравитесь?

К.: Я не завяжу деловые контакты и буду зарабатывать меньше денег.

Т.: Да, это может быть правдой, но опять же, что вы от себя требуете, чтобы начать тревожиться? Какое вызывающее вашу тревогу требование должно случиться?

К.: Я должен зарабатывать деньги, чтобы не отставать от друзей.

Т.: А если вы не зарабатываете больше денег, то что, как вы говорите себе, должно произойти с вашими друзьями?

К.: Мне необходимо им нравиться, а если нет, я неудачник. Чтобы что-то из себя представлять, мне необходимо нравиться другим.

Оценка ИУ на основе выбора. Один из нас (Уинди Драйден) изобрел особенно действенный метод оценки для определения ИУ клиента. Мы называем его методом оценки на основе выбора и показываем пример того, как использовать данный метод, определяя предпосылки клиента и комментируя мышление, лежащее в основе вмешательств терапевта. Называем пункты, которым нужно следовать. Оценка на основе выбора состоит из нескольких шагов: 1) озвучивание предпочтения клиента в отношении А и получение согласия с ним клиента; 2) заявление о том, что клиент может придерживаться одного из двух убеждений, объясняющих его эмоцию или поведенческие проблемы в С, и запрос разрешения их озвучить; 3) называние С клиента и затем озвучивание двух убеждений, одно из которых будет ригидным и абсолютистским, а другое – недогматическим предпочтением; 4) вопрос клиенту о том, какое из этих убеждений объясняет его нездоровое дисфункциональное С. Обратите внимание, что данная техника применима и для оценки ИУ (производных) клиента.

Приведем пример, как использовать этот метод в случае с клиентом Мигелем:

Т.: Теперь мы знаем, что вам важно, чтобы начальник на вас не сердился, верно?

(Терапевт предъявляет предпочтение клиента. Оно подкрепляет как его ригидное убеждение, так и недогматическое предпочтение.)

К.: Да, верно.

Т.: Хорошо. Могу ли я предложить два убеждения, которых вы могли бы придерживаться во время тревоги? Я назову их, и вы скажете мне, какое из них связано с вашей тревогой?

(Здесь терапевт опирается на теорию РЭПТ и, как следствие, использует основанный на теории метод исследования.)

К.: Хорошо.

Т.: Была ли ваша тревога во время тревожного состояния основана на убеждении номер один: «Важно, чтобы начальник не сердился на меня, поэтому он не должен на меня сердиться» или на убеждении номер два: «Важно, чтобы начальник не сердился на меня, но это не значит, что он не должен на меня сердиться»?

К.: Убеждение номер один, конечно.

Последние три техники, с помощью которых мы рекомендовали оценивать ИУ, очень активны и директивны. Некоторые терапевты не хотят быть столь директивными, думая, что эти техники вкладывают слова в уста клиентов. Другие возражают, считая, что единственные инсайты, которые могут использовать клиенты, – достигнутые ими в процессе самораскрытия. Кто-то указывает на то, что терапевт может укреплять клиента в иррациональных убеждениях, которых тот, возможно, не придерживается, но соглашается с ними, чтобы угодить терапевту. Альтернативным недостатком остается застревание ввиду отсутствия подлежащих оспариванию ИУ; терапия в этом случае может не помочь клиенту. Будьте уважительны к клиенту и помните о вероятности ошибок. Всякий раз, ошибаясь, используйте данную информацию для формулировки новой гипотезы.

Преимущество таких вопросов заключается в том, что они ориентируют клиентов на поиск иррациональных убеждений. Если становится ясно, что их эмоциональные реакции нездоровые и саморазрушительные, вы, скорее всего, обнаружите одобрение клиентов, когда терапевт направляет их на поиск *долженствований, надлежаний* или связанных с ними требований.

Несколько иррациональных Убеждений

Следует помнить, что эмоциональные и поведенческие последствия обычно имеют несколько детерминант. Начинающий РЭПТ-терапевт часто забывает об этом принципе психологии и думает, что С клиента будет связано с одним ИУ. Терапевт выясняет С (эмоцию или поведение), находит одно целевое ИУ и считает дело сделанным. Позволяя клиенту свободно говорить или настойчиво задавая вопросы, он может обнаружить, что С клиента является результатом нескольких ИУ, часто с нарастающими по спирали, побочными или иерархическими связями.

Не удивляйтесь, если встретите клиентов с целой группой В или «обычным В-ульем». У клиента бывает два *долженствования*, каждое из которых связано с несколькими производными. Терапевт может записывать ИУ по мере их возникновения и затем озвучивать список клиенту для дальнейшего обсуждения и оценки. Вероятно, терапевт сможет указать на какие-то общие темы, если же их нет, клиент и терапевт могут работать над иерархической организацией ИУ для изменений. Важно получить согласие клиента на то, какое ИУ менять первым. Невыполнение этого условия способно нарушить терапевтический альянс. Так что, если вы забыли обсудить, над каким ИУ будете работать, и клиент выглядит раздраженным или растерянным, вернитесь назад и спросите его, что он чувствует и как вы можете помочь переформулировать цели и задачи сессии. Это восстановит разрушенный альянс.

Вернемся к ревнивому клиенту Владимиру, о котором говорили выше. Думая, что жена ему изменяет и может бросить, он выдвигал три требования. Во-первых, думал, что она должна оставаться ему верной, даже если не любит, – ИУ (императив/требование 1). Это требование вызывало производное ИУ о том, что жена никчемный человек в случае своей неверности, – ИУ (производная 1/глобальная оценка). Такие мысли приводят Владимира ко гневу. Его ревность была связана с двумя требованиями. Во-первых, он думал, что жена ему *необходима* (он *должен иметь* ее), чтобы быть счастливым и жить с ней, – ИУ (императив/требование 2). Это требование связано с производным ИУ, что он не вынес бы жизни без нее, – ИУ (производная 2/непереносимость фрустрации). Также имелось требование, что он *должен* быть тем человеком, которого бы она любила, – ИУ (императив/требование 3). Ему необходимо быть таким хорошо выглядящим, солидным и умным мужчиной, как хотелось ей. Это требование связано с производным ИУ о своей никчемности в случае невозможности быть тем мужчиной, которого она хотела, – ИУ (производная 3/глобальная оценка). Такие сложные случаи, как история Владимира, – то, с чем обычно сталкиваются терапевты.

Первым шагом в определении основного ИУ является принятие решения, хочет ли Владимир работать над своим гневом или тревогой. Поэтому начните с выбора одного С.

К.: Я такой злой и ревнивый! Постоянно чувствую то одно, то другое.

Т.: Хорошо, Владимир, подумайте, над какой из двух эмоций вы хотите поработать в первую очередь – над гневом или ревностью?

К.: И как мне принять решение?

Т.: Вы можете поработать над тем, что более разрушительно для вашей жизни. Или выбрать первым то, что проще изменить.

К.: Тогда я выбираю самое разрушительное – из-за ревности не могу работать. Давайте сначала поработаем над ней.

После достижения договоренности, с какой эмоции начать, количество целевых ИУ сокращается на треть. Затем терапевт ведет Владимира к решению, какое связанное с ревностью ИУ он хочет изменить.

Т.: Хорошо, тогда сосредоточимся на ревности.

К.: Да, хорошо.

Т.: Вы сказали, что у вас было несколько убеждений, предшествовавших ревности. Могу я их озвучить?

К.: Да, продолжайте.

Т.: Первым требованием было то, что жена необходима, чтобы любить вас и чтобы вы были счастливы. Во-вторых, вы думаете, что не вынесете жизни без нее. Вы также думаете, что должны быть мужчиной, которого она любила бы. Наконец, вы считаете себя никчемным неудачником, если перестанете быть мужчиной, которого она хочет.

К.: М-да… Одно перечисление уже реально расстраивает.

Т.: Да, но какое из них, по вашему мнению, нам следует попытаться изменить в первую очередь? Опять же можно выбрать первым то, которое проще изменить, или то, которое сильнее расстраивает, даже если его сложнее всего изменить.

К.: Давайте начнем с самого расстраивающего.

Т.: С какого именно?

К.: Я просто не выношу мысли о жизни без жены. Настолько она мне необходима.

Т.: Хорошо, помогите мне еще немного. Итак, какая мысль расстраивает вас больше всего: что вы не можете без нее жить или что она вам необходима? Обратите внимание, мысль о том, что вы не можете без нее жить, связана с требованием, что вы должны ее иметь или что она вам необходима.

К.: Я просто не могу выносить ее отсутствие в своей жизни.

Т.: Хорошо, давайте рассмотрим идею, что вы не можете без нее жить, а затем поработаем с требованием, что вы должны ее иметь.

В этом диалоге терапевт прошел путь от шести ИУ до одного. Для понимания процесса РЭПТ здесь могут оказаться полезными несколько замечаний. У терапевта и клиента есть несколько вариантов выбора: самое частое ИУ, наиболее решительно одобряемое, наиболее тесно связанное с дисфункциональной эмоцией, наиболее легко изменяемое или кажущееся взаимосвязанным со всеми остальными. У нас нет достаточного количества исследований, которые сориентировали бы в том, какое иррациональное убеждение следует выбрать для достижения лучшего терапевтического результата. Мы считаем, что для поддержания сотрудничества стоит исходить из выбора клиента – если у терапевта нет веских оснований привести клиенту другой аргумент.

Вполне возможно, что выбор любого ИУ для цели изменения будет иметь волновой эффект в уменьшении выраженности всех или некоторых других ИУ. Вероятно, существует одно центральное, или основное, ИУ, от которого происходят остальные, и работа над этим убеждением решит все проблемы клиента. Поиск

«святого Грааля» среди ИУ иногда становится навязчивой идеей терапевтов. Мы просто не знаем, существуют ли такие основные ИУ, как их определять и ведет ли их целенаправленное изменение к поголовному улучшению других. Если работа над главным убеждением не приводит к изменениям остальных и клиент меняет только первое целевое ИУ, терапевт узнает об этом по сохранившемуся нарушению. В той же степени вероятно, что каждое ИУ становится отрепетированным и основывается само на себе. Вспомните понятие Олпорта о функциональной автономии: он полагал, что некоторые психологические конструкты могут развиваться из-за своей связанности с центральной или основной идеей, эмоцией или поведением. Однако поскольку они играют определенную роль в жизни человека, то становятся независимыми от конструкта, с которым были первоначально связаны. Функциональная автономия подразумевает, что терапевту, возможно, придется работать над всеми ИУ клиента. В случае с Владимиром терапевту предстоит поработать с каждым из шести убеждений. Поэтому, зная количество и выраженность ИУ клиента, важно планировать курс лечения.

Теперь, когда Владимир и терапевт договорились, на какое ИУ нацеливаться, они могут переходить к работе по изменению убеждения, что является темой другой главы.

Оценка иррациональных убеждений, Связанных с дилеммами

У начинающих терапевтов часто возникают проблемы с определением всех ИУ, когда перед клиентами стоит сложный жизненный выбор, а они не могут определиться с ним из-за сильных дисфункциональных эмоций. Предположим, клиент приходит на терапию за помощью в принятии решения. У него есть две или более альтернативы. Задача терапевта – не выбор вместо клиента, а помощь в определении ИУ, мешающих ему выбрать тот или иной вариант. Одно ИУ может вызывать эмоцию, блокирующую одну альтернативу, другое ИУ – другую нездоровую эмоцию, блокирующую другую альтернативу, и т. д. Эти ИУ могут говорить об отказе от вероятного решения или о шансе потерять то, что в конечном итоге оказалось бы хорошим решением. Третье возможное ИУ, которое способно блокировать принятие решений, – убеждение в том, что «я должен принять правильное решение». Цель терапевта состоит во вскрытии всех ИУ, чтобы клиент мог заняться проблемами, взвешивая все «за» и «против» имеющихся альтернатив, принять решение и жить с ним. Это трудно для терапевтов, потому что клиенты могут предъявлять расплывчатые жалобы на ощущение амбивалентности или сообщать о связанной с одной из альтернатив нарушенной эмоции.

Как поступить терапевту, чтобы он мог нацелиться на иррациональности, связанные со всеми альтернативами? Ориентированность на иррациональность одного варианта может эмоционально разблокировать только один выбор, оставив другие заблокированными и предотвращая настоящий анализ плюсов и минусов каждого. Терапевт рискует попасть в ловушку вскрытия ИУ, связанного с дисфункциональной эмоцией, блокирующей ценимый и выбираемый для себя путь.

При возникновении у клиента проблем с выбором мы рекомендуем терапевту пройти такую последовательность задач:

• Во-первых, спросите клиента о его чувствах в случае принятия неправильного решения. Обнаружив нарушенную эмоцию, оцените вероятность мнения клиента о том, что он должен принять идеальное решение, и замените эту мысль рациональным убеждением в отсутствие гарантий принятия такого решения.

• Во-вторых, четко определите все варианты, которые может выбрать клиент, даже кажущиеся маловероятными.

• В-третьих, попросите клиента определить, какие эмоции он испытывает при выборе каждой альтернативы.

• В-четвертых, оцените иррациональные убеждения, связанные с каждой эмоцией.

• В-пятых, попросите клиента не принимать решение, пока вы вместе не изучите каждое иррациональное убеждение, вызывающие каждую нарушенную, блокирующую эмоцию.

• В-шестых, работайте над каждым выбранным ИУ до тех пор, пока не будут успешно изменены все связанные с каждой блокирующей эмоцией ИУ.

• В-седьмых, после изменения ИУ и эмоций клиент может проанализировать плюсы и минусы каждой альтернативы.

Рассмотрим случай с Марком, пришедшим на терапию за помощью в принятии решения сохранить брак с женой Паулой. Марк ясно обрисовал проблему с точки зрения своего сильного желания уйти из-за длинного списка ее недостатков. Остаться значило необходимость принять ее несовершенства. Марк был парализован своим требованием выбрать правильное решение. Справившись с тем фактом, что никаких гарантий не существует, мы приступили к определению эмоций, связанных с уходом от Паулы и жизни с ней. Марк сказал, что боится с ней оставаться. Эта эмоция была вызвана иррациональным убеждением, что он упускает шанс создать лучшие отношения. Поскольку у Паулы были недостатки, оставаясь с ней, он отказывался от лучшей вероятной жены. Он считал, что заслуживает (*должен иметь*) лучшие из возможных и построенные на любви отношения. Думая об уходе от Паулы, он испытывал вину и стыд. Хотя она была вспыльчива и неряшлива, любила его и хотела быть с ним. Кроме того, разрыв отношений и развод расстроили бы детей. Марк думал, что *должен* остаться с Паулой, чтобы сделать ее счастливой и не причинять боль детям. После постановки под сомнение своих ИУ он испытал функциональную, здоровую обеспокоенность недостижением большего счастья и почувствовал не вину или стыд, а сожаление и разочарование из-за своего возможного ухода. Затем рассмотрел возможность извлечь лучшее из решения остаться и оценил свои реальные шансы на счастье в случае ухода. Марк до сих пор живет с Паулой.

Другой способ справиться с дилеммой – теория принятия решений. Мы часто используем метод взвешивания «за» и «против». И можем взглянуть на принятое в конечном итоге решение, в сравнении с тем, которое окажется правильным или неправильным впоследствии, скажем через пять лет. Предлагаем сделать таблицу, подобную показанной на рис. 9.1.

Две графы с ОК не являются проблематичными, в отличие от тех, где есть X. Теперь можно спросить клиента: «Вы видите два разных неправильных решения. Какого из них вам хочется избежать сильнее всего? Или с каким из них, по вашему мнению, будет проще жить?» Это позволяет клиенту взглянуть на дилемму иначе, чем в случае с «за» и «против», позволяет подумать о том, какие, возможно неправильные, решения он мог бы вытерпеть. Мы рекомендуем использовать данный способ после завершения работы РЭПТ в соответствии с данными выше рекомендациями.

		Спустя пять лет выясняется, что правильным решением было	
Принимаемое мной решение		**Остаться в браке**	**Развод**
	Остаться в браке	ОК	X
	Развод	X	ОК

Рис. 9.1. Сравнение принимаемого решения с решением, оказавшимся правильным спустя пять лет

Рекомендации по обнаружению Иррациональных убеждений для конкретных эмоций

При использовании стратегий оценки на основе гипотетико-дедуктивного метода для определения ИУ клиента полезно знать, какие иррациональные убеждения каким эмоциям соответствуют. В каждой из упомянутых стратегий терапевт знает эмоцию, но выдвигает гипотезу ИУ – так определяются связанные с главными эмоциональными нарушениями ИУ. Читателя, вероятно, ошеломит кажущееся бесконечным количество связей В и С. Однако можно быть уверенными в том, что конкретные, общие для всех мысли обычно приводят к конкретным, общим для всех эмоциям. В качестве иллюстрации рассмотрим иррациональные убеждения, лежащие в основе восьми главных эмоциональных дисфункций: тревоги, депрессии, вины, стыда, дисфункционального гнева, ревности, зависти и обиды.

Блок 9.1

При возникновении у клиентов проблемы с определением когниций терапевт может предлагать разные мысли, побуждая их сигнализировать или останавливать его, когда «почувствует то, что нужно». Стоит объяснить клиентам, что, поскольку они помогли вам определить их чувство, существует ограниченное число мыслей, которые могут его сопровождать. Ваша задача – помочь клиентам прислушаться к собственным когнициям или позволить вам их предложить, а затем сообщить, кажется ли им подходящим один из ваших вариантов.

Тревога. Тревога является результатом ориентированных на будущее когниций: люди редко тревожатся из-за событий прошлого. Поэтому для терапевта правильно задавать связанные с будущим вопросы: «Как вы думаете, что может случиться?» или «Какого рода неприятностей вы ждете?» В ответ обычно звучит некая форма катастрофы или ужаса драматизации. Страхи могут варьировать от конкретных и обособленных до всепроникающих и смутных (так называемая беспредметная тревога). Согласно Хоку (Hauck, 1974), два самых распространенных страха – страх отвержения и страх неудачи, за которыми вплотную следует суперстрах – страх самого страха.

К тревоге ведут три когнитивных шага:

1. (Вывод) – «Может случиться что-то плохое».
2. ИУ (требовательность) – «Такого не должно случиться».
3. ИУ (производная) – «Было бы ужасно, если бы такое случилось», или «Я был бы ничтожеством, если бы такое случилось», или «Я бы не вынес, если бы такое случилось».

Первое утверждение может быть хорошим прогнозом, основанным на убедительном доказательстве, хотя терапевту неплохо его проверить. Ожидаемое клиентами «что-то» плохое может быть внешним событием, их мыслями о потенциальной неудаче или ожидаемым эмоциональным переживанием. Если предположить, что клиент прав относительно наступления плохого события, его первая иррациональность появится в утверждении 2 – четко выраженном иррациональном «следует» или «должен», – словно бы он повелевал Вселенной и

мог предотвратить плохие события. В утверждении 3 мы видим иррациональную оценку события или человека в активирующем событии, стремящуюся сохранить требовательность мыслей клиента по поводу будущего, будто она волшебным образом предотвратит катастрофу.

Депрессия. Бек и соавторы[32] описали когнитивную триаду, идентифицирующую депрессию. Ее составляющие – негативное представление о себе, мире и будущем. Эти взгляды похожи и перекрывают динамические иррациональные убеждения, которые теория РЭПТ (например, Ellis, 1987a) полагает главными факторами депрессии:

- Искреннее убеждение в собственной неполноценности.
- «Ужас» из-за отсутствия «необходимого».
- «Ужасность» своего положения.

В своей превосходной книге о депрессии Хок (Hauck, 1974) делит проблему депрессии на три типа мыслей, каждый из которых имеет собственные иррациональные структуры. Депрессия может быть вызвана в первую очередь самобичеванием. Приводящий к самобичеванию паттерн мышления, как правило, выглядит следующим образом:

1. А (вывод) – «Я потерпел неудачу или имею какой-то изъян либо недостаток».
2. ИУ (требовательность) – «Я должен быть идеален и не совершать плохих поступков или не иметь такого изъяна».
3. ИУ (производная) – «Следовательно, я никчемен и не заслуживаю ничего хорошего».

Вторая причина депрессии – жалость к себе, иррациональной основой которой являются:

1. А (вывод) – «Я испортил себе жизнь».
2. ИУ (требовательность) – «Я должен иметь то, что хочу».
3. ИУ (производная) – «Я не могу вынести пережитую потерю» или «Горе мне! Я неполноценен».

Наконец, человек может впасть в депрессию из-за жалости к другим, если сосредоточится на произошедших с любимым человеком плохих вещах либо на случившейся с большой группой людей беде и верит в следующие мысли:

1. А (вывод) – «С другими людьми случается плохое, хотя они его не заслуживают».
2. ИУ (требовательность) – «Плохое не должно случаться с другими людьми, когда они его не заслуживают».
3. ИУ (производная) – «Мир – ужасное место, в котором могут происходить приносящие страдания плохие вещи».

Вина. Когниции чувства вины состоят из двух компонентов. Во-первых, клиенты считают, что плохо себя ведут или сделали что-то не так, или нарушают свой моральный кодекс. Они могли вести себя плохо или могли этого не делать, а их моральный кодекс мог быть слишком строгим и логически непоследовательным. Однако не это станет главной задачей РЭПТ. Плохие поступки человека могут быть грехами деяния или недеяния. Во-вторых, клиенты считают, что *должны* вести себя в соответствии с собственным моральным кодексом. В-третьих, они осуждают себя

за неправильные поступки. Последние убеждения являются основой, которую пытается изменить РЭПТ:

1. А (вывод) – «Я нарушил свой моральный кодекс».

2. ИУ (требовательность) – «Я всегда должен жить согласно своему моральному кодексу».

3. ИУ (производная) – «Я достоин осуждения за нарушение морального кодекса».

Первое утверждение может быть точной оценкой реальности в соответствии с системой ценностей клиента или оказаться преувеличенной ошибкой. Само по себе заявление о собственной ответственности может быть полезным для изменения поведения. Поэтому данный тип утверждения не является целью изменения в РЭПТ. А вот утверждения 2 и 3 добавляют ненужную идею. Рассмотрим, что будет, если вместо утверждения 2 клиент сказал: «Да, я поступил неправильно. Я действительно сожалею, но люди время от времени совершают ошибки, и я постараюсь больше так не делать». Таким образом, истинное чувство вины всегда включает компонент самоосуждения и самоочернения, саботирующий эмоциональное или поведенческое улучшение.

Стыд. Стыд является еще одной дисфункциональной эмоцией, его часто путают с чувством вины. Вина и стыд различаются одним принципиальным свойством: в чувстве вины ИУ предполагает самоосуждение за нарушение морального кодекса, а испытывая чувство стыда, человек расстроен отвержением общества, следующим за его аморальным поступком (Ard, 1990). Для переживания стыда требуется несколько разных мыслей. Во-первых, человек нарушил общественный моральный кодекс. Во-вторых, его убеждение в том, что значимые для него другие или социальная группа знают о его проступке и будут судить и отвергать из-за морального падения. В-третьих, клиент полагает, что ему не следовало нарушать моральный кодекс, а другим не следовало отвергать его. В-четвертых, он считает ужасным, что другие отвергают его или что он не вынесет отвержения. В-пятых, клиент думает, что отвержение других означает его никчемность.

Примеры мыслей для чувства стыда могут быть следующими:

1. (вывод) – «Я нарушил моральный кодекс, и другие знают или узнают об этом».

2. (вывод) – «Другие будут судить, осуждать или изгонять меня из своего общества из-за моего аморального поступка».

3. ИУ (требовательность) – «Я не должен был нарушать моральный кодекс» или «Другие должны принимать меня, несмотря на мои аморальные поступки».

4. ИУ (производная) – «Люди правы. Я достоин осуждения», «Я не вынесу осуждения, отвержения или изгнания из их общества» и «Ужасно, что они меня отвергают».

5. ИУ (производная) – «Люди правы. Я достоин осуждения и потому никчемен».

Дисфункциональный гнев. Слово «гнев» используется для описания широкого спектра эмоциональных реакций, некоторые из которых уместны и полезны. С другой стороны, клинический дисфункциональный гнев (враждебность, ярость или презрение) – эмоция, мешающая целенаправленному поведению. Диджузеппе и Тафрейт (DiGiuseppe and Tafrate, 2007), а также Эллис и Тафрейт (Ellis and Tafrate, 1997) описывают когниции гнева как серию иеговистских заповедей и требований. Первый шаг – определение правых и виноватых, отражающий абсолютистский вид

морального негодования. Вторым шагом является абсолютистское следование: «Вам следует поступать правильно» или «Вам не следовало так поступать». Третий шаг – осуждение других: «Они – ничтожества, раз совершают такие поступки» или «Вы мерзавец!» и «Вы заслуживаете наказания и порицания!».

1. А (вывод) – «Кто-то плохо себя вел или нарушал мои правила».

2. ИУ (требовательность) – «Они должны вести себя так, как им следует, по моему мнению».

3. ИУ (производная) – «Они никчемны и заслуживают расплаты за свои плохие поступки».

Кроме того, мы выделяем «гнев защиты эго». Некоторые клиенты приходят в ярость из-за критики других в свой адрес. Принято считать, что гнев вызван низкой самооценкой, страхом самоосуждения в случае, когда внешняя критика отражает веру в собственную неполноценность, за которую человек себя осуждает (Beck, 1999). Существенный объем исследований показал, что злые и агрессивные люди не страдают от низкой самооценки, но обладают высокой нестабильной самооценкой или нарциссизмом (Baumeister, Smart, and Boden, 1996; Baumeister, Campbell, Krueger, and Vohs, 2005; DiGiuseppe and Froh, 2002). Их гнев кажется вызванным убеждением, что другие не видят их такими же замечательными, какими они видят себя:

1. А (вывод) – «Другие не обращались со мной с уважением, почтением или восхищением, которых я заслуживаю».

2. ИУ (требовательность) – «Другие должны обращаться со мной с уважением, почтением и восхищением, которых я заслуживаю».

3. ИУ (производная) – «Я не выношу обращения ко мне с меньшим уважением. Они достойны осуждения за то, что обращались со мной с меньшим уважением, почтением или восхищением, чем я заслуживаю».

Иногда гнев связан с убеждениями в необоснованности критики, поскольку клиент считает, что ему не следует совершать никаких ошибок:

1. А (вывод) – «Они критиковали меня и считают, что я совершил ошибку».

2. ИУ (требовательность) – «Они не должны видеть, что я допустил ошибку. Люди должны видеть меня идеальным».

3. ИУ (производная) – «Я не могу вынести того, чтобы люди считали меня несовершенным. Не их ума дело считать, что я ошибаюсь».

Нездоровая ревность. Ревность предполагает ощущение угрозы лишиться того, что есть. Обычно люди испытывают ревность из-за риска потерять отношения с любимым человеком по вине третьего лица. Реально испытываемые эмоциональные переживания могут быть страхом потери отношений или гневом на конкурента либо нарушителя, угрожающего завоевать любовь партнера.

Примеры мыслей, связанных с близкой к страху нездоровой ревностью, могут быть следующими:

1. А (вывод) – «Мой партнер проявляет интерес к другому потенциальному любовнику. Я могу потерять его из-за этого человека».

2. ИУ (требовательность) – «Мой партнер не должен меня оставлять. Я должен иметь его».

3. ИУ (производная) – «Я не вынесу жизни без моего возлюбленного. Я буду неудачником или ничтожеством, если он оставит меня ради другого человека».

Примеры мыслей, связанных с близкой к гневу нездоровой ревностью, могут быть следующими:

1. А (вывод) – «Этот человек заинтересован в том, чтобы отнять у меня возлюбленного, и может преуспеть в его соблазнении».

2. ИУ (требовательность) – «Он не должен пытаться соблазнить моего партнера. А мой партнер не должен уступать заигрываниям нарушителя».

3. ИУ (производная) – «Нарушитель заслуживает осуждения и наказания. Мой партнер заслуживает осуждения за интерес к нарушителю и наказания».

Нездоровая зависть. Нездоровая зависть похожа на нездоровую ревность, их часто путают. Нездоровая зависть заключается в том, что другой человек обладает и наслаждается чем-то желанным, отсутствующим у завидующего. Эмоциональное переживание нездоровой зависти близко переживанию нездорового, нарушенного гнева (DiGiuseppe and Tafrate, 2007).

Примеры связанных с нездоровой завистью мыслей могут быть следующими:

1. А (вывод) – «У этого человека есть весьма желанные ресурсы, которыми я мог бы воспользоваться».

2. ИУ (требовательность) – «Я должен иметь то, что имеет этот человек, я этого заслуживаю».

3. ИУ (производная) – «Этот человек никчемен и ничего не заслуживает. Я не вынесу отсутствия имеющихся у других ценных ресурсов».

Обида. Обида – это эмоциональная боль и мука, характеризуемые тем, что другие люди плохо обращались с человеком. Также существует тенденция застревать в мыслях о прошлых обидах. Обиженный ждет от окружающих первого шага к восстановлению отношений, дуется и не предпринимает или почти не предпринимает попыток общения с обидчиками. Есть несколько возможных, связанных с обидой паттернов мышления. Иногда делается вывод, что с этим человеком обращались несправедливо:

1. (вывод) – «Другой человек плохо и очень несправедливо со мной обращался».

2. ИУ (требование) – «Со мной не следует обращаться так плохо и очень несправедливо».

3. ИУ (производная) – «Я не могу выносить такого плохого обращения, а другой человек достоин осуждения за несправедливое отношение ко мне».

Иногда человек расстраивается из-за того, что он одинок, никому не нужен или неправильно понят:

1. (вывод) – «Другие не заботятся обо мне, не понимают меня или не уделяют мне достаточно внимания».

2. ИУ (требовательность) – «Другие люди должны заботиться обо мне, понимать меня и уделять мне внимание».

3. ИУ (производная) – «Я не могу выносить отсутствие заботы, внимания и непонимание, а другие достойны осуждения за отсутствие с их стороны заботы обо мне. Раз они не заботятся обо мне, значит, со мной что-то не так».

Различие в стилях изложения. Некоторые КПТ-терапевты, в отличие от РЭПТ-терапевтов, подчеркивают индивидуальность когниций клиента. Кроме того, они пытаются описать когнитивный мир клиента, не классифицируя мысли и используя

оригинальный язык клиента. Его побуждают выражать свои мысли напрямую, а не говорить о них. Например:

- Не: «Я думал о том, как глупо поступил».
- Но: «Какой же я идиот!»

Похожим образом более обобщенные невысказанные предположения клиента выражаются его языком, а не формулируются в виде категоричных *долженствований* или *следований*. Например:

- «Мне необходимо одобрение других людей, чтобы чувствовать себя хорошо».
- «Я могу оказаться неполноценным человеком».
- «Если моя работа не будет соответствовать очень высоким стандартам, другие люди начнут критиковать меня, не примут меня или не станут уважать».

Преимущества есть в использовании как терминологии РЭПТ, так и собственных слов клиента. В нашем клиническом опыте обучения изложенная в теории РЭПТ структура иррациональных убеждений помогает проходящим обучение терапевтам искать и распознавать иррациональные процессы клиентов. По мере накопления опыта РЭПТ-терапевт может перейти от языка теории к оригинальному языку клиента, не упуская из виду терапевтические конструкты. Например, опытный врач может определить требовательность клиента, даже если тот не произносил слова «следует» или «должен».

Итак, требовательность без использования слов *следует, должен, обязан* или *придется* может выражаться в утверждениях:

- Предполагалось, что он поступит именно так.
- Я ожидаю от него такого поступка.
- Я настаиваю на том, чтобы он так поступил.
- Конечно, я предвидел, что он так поступит.
- Я думал, что могу рассчитывать на такой его поступок.
- Не могу поверить, что он не сделал этого.
- Почему он этого не делает?
- Почему люди такие глупые?

Требовательность – это идея. Обычно она передается в английском языке словами «следует», «обязан» или «должен». Однако можно использовать другие слова. То же верно относительно непереносимости фрустрации. Идея об отсутствии способности дальше переносить фрустрацию обычно выражается фразой «Я не могу этого выносить». В качестве альтернативы клиенты могут сказать:

- С меня *хватит*.
- Это было *слишком* тяжело.
- Своим поступком он *довел* меня *до ручки*.
- Его поступок *невыносим*.

Зачастую кажется, что использование собственного языка делает процесс оспаривания более значимым. Мы рекомендуем изучать конструкты РЭПТ и максимально использовать язык клиентов.

Прочие рекомендации

В предыдущих разделах мы говорили о том, как РЭПТ-терапевт использует конкретное С клиента в качестве подсказки при определении соответствующих иррациональных убеждений, а А (выводы) – в качестве ориентира для лежащих в их основе структур убеждений. Кроме того, с опытом вы обнаружите, что специфические клинические проблемы обычно связаны с конкретными системами убеждений. Подсказки к иррациональным убеждениям можно найти в описываемом клиентом А или отмеченных вами характеристиках клиента. Другими словами, при поиске иррациональных когниций, которыми клиенты расстраивают сами себя, можно начать с когнитивных схем типов клиентов, полученных из совокупного опыта подобных случаев. Эти схемы могут служить исходными гипотезами. Хотя в данной книге не предполагается приводить все общие схемы, следующий пример способен их проиллюстрировать.

Если клиент – мать, испытывающая сильную тревогу или дисфункциональный гнев на детей из-за их плохого поведения, ключевым иррациональным убеждением, лежащим в основе проблемы, может быть ее оценка собственной ценности. Она могла бы не только определить поведение детей как плохое, но и сделать чрезмерное обобщение, заключив, что она – плохая мать, а следовательно, никчемный человек, потому что ее дети плохо себя ведут. Таким образом, она могла бы оценивать и обесценивать себя, основываясь на поведении детей. Работая с матерями независимо от того, маленькие у них дети или уже самостоятельные, взрослые, терапевту стоит иметь в виду данную схему как гипотезу.

Разработка и использование таких схем развиваются по мере накопления профессионального опыта. Также важно рассматривать идеи, применяемые к конкретным случаям на основе такой схемы, в качестве необходимых для проверки гипотез. Вы можете обнаружить, что у вас много таких схем принятия решений. Однако мы хотим подчеркнуть, что схемы предполагают гипотезы, а не факты. Другими словами, прежде чем продолжать терапию, советуем озвучивать клиентам схемы гипотетически и проверять гипотезы эмпирически, на основании полученных от них данных.

Если все остальное не помогло

Не все клиенты могут определить имеющиеся у них ИУ до или во время эмоциональных эпизодов либо дисфункционального поведения. Это происходит по двум причинам. Во-первых, некоторые люди просто не в состоянии определить свой когнитивный процесс. Как и в случае с упомянутой в главе 8 алекситимией, тем, кто не занимается самоанализом, трудно понять связанные с нарушением мысли. Их идентификация повлекла бы за собой напоминание о случившемся при возникновении нарушенной эмоции или поведения. Скорее всего, люди хранят такие переживания в эпизодической памяти, вероятно, в невербальной форме. Им приходится извлекать оттуда воспоминание и переводить свои мысли в вербальную форму. Наш клинический опыт показывает, что клиенты с низким уровнем самоанализа или слабо развитой речью испытывают большие затруднения при сообщении ИУ и любого другого связанного с их нарушением конструкта КПТ.

Также, несмотря на теорию РЭПТ, возможно, некоторые эмоциональные нарушения не опосредуются мыслями. В главе 2 мы упомянули модель дуальности пути Пауэра и Далглейша (Power and Dalgleish, 2008), в которой предлагалось наличие минимум двух путей от внешних раздражителей до возникновения эмоций. Один путь ведет через условные рефлексы и включает непосредственные, в основном подкорковые, связи. Некоторые люди могут не иметь связанных с их эмоциональным нарушением мыслей, так как этот классический путь обусловливания его опосредует. Наш опыт показывает, что людям с острым стрессовым расстройством или ПТСР иногда не удается сообщить ни о каких связанных с раздражителями мыслях в отношении их травмы и страха.

Что делать в таком случае? В какой-то момент терапевт понимает неспособность клиента идентифицировать свои мысли и двигается дальше. Он может использовать теорию РЭПТ для предложения клиенту рациональных альтернативных убеждений, которые могли бы противодействовать его нарушенным эмоциям. Терапия не будет включать постановку ИУ под сомнение, так как ни одно из них не было определено. Несмотря на это, терапия может успешно продолжаться и давать обоснование новым РУ и множеству упражнений для их применения на практике.

Учебная стенограмма

Следующая стенограмма иллюстрирует работу терапевта, который помогает клиенту определить ИУ и показывает различия рациональных и иррациональных убеждений.

У семьянина Сэма тридцати восьми лет есть пятилетняя дочь, имеющая привычку просыпаться среди ночи и звать мать. В прошлую ночь Сэм разозлился. Он влетел в детскую, схватил ее за плечи, начал трясти и кричать: «Заткнись, маленькая негодяйка! Это возмутительно! Я не собираюсь этого терпеть!»

Т.: Похоже, вы разозлились, раз пришли и начали ее трясти.

К.: Да. И я накричал на нее.

Т.: Да. И как вы себя чувствуете сейчас из-за своих криков? *(Терапевт оценивает мета-эмоциональную проблему.)*

К.: Довольно скверно.

Т.: Что вы имеете в виду под «скверно»?

К.: Я чувствую себя виноватым. *(Клиент обнаруживает мета-эмоциональную проблему.)*

Т.: Хорошо, Сэм. Над какой проблемой вы хотите поработать: чувством вины или гневом?

К.: Я хочу поработать над гневом, чтобы больше не поступать так с моей дочерью.

Т.: Хорошо, Сэм. Если можно, давайте вернемся к ситуации. Вот вы лежите в постели и слышите хнычущий голос: «Мамочка, мамочка...» Какие мысли приходят вам в голову? Что вы себе говорите? *(Терапевт оценивает мысли.)*

К.: Меня достал этот ребенок. Если она еще раз заорет, получит.

(Первоначальный запрос терапевта о мыслях привел к поведенческой, а не когнитивной информации. Терапевт настаивает и снова спрашивает о мыслях.)

Т.: Хорошо, это ваш прогноз относительно того, как вы поступите. Но, прежде чем прийти к такому решению, у вас должны были возникнуть другие мысли. Если бы мы могли прочитать их, будто сценарий, что бы там было написано? Что вы говорили?

К.: Черт побери. Я не хочу снова возвращаться к этому.

Т.: *(повторяет)* Хорошо. Что вы еще говорили?

К.: Мне не нужны эти вопли. Мне рано вставать. Я отправлюсь в детскую, а она скажет мне уходить. Тогда пойдет жена, расстроится и будет ворчать на следующее утро.

(Обратите внимание, что клиент продолжает делать прогнозы, но еще не определил ИУ.)

Т.: Вы ожидаете много всяких вещей. Это пронеслось у вас в голове? Теперь предположим на минуту, что ситуация была немного другой: вашего ребенка тошнит, а его почти никогда не тошнит. У вас были бы такие же мысли?

К.: Нет, не думаю.

Т.: Хорошо, было ли что-нибудь еще? С точки зрения предвидения это могло продолжаться вечно.

К.: Да.

Т.: Хорошо, что вы скажете по этому поводу?

К.: Опять начинается. Это никогда не закончится. Не знаю, что можно сделать, чтобы заставить ребенка спокойно спать. Она все время нас будит.

Т.: Значит, вы были довольно беспомощны и действительно не знали, что делать. Знаете, Сэм, думаю, в вашу голову могли прийти еще некоторые вещи… Потому как, если бы это были все мысли, вы чувствовали бы лишь раздражение. И это было бы понятно. Вы сказали бы: «О нет. Черт возьми, мне придется вылезти из теплой постели и пойти ее успокаивать». Вы не были бы особенно рады, но сделали бы это или по крайней мере попытались, а если бы не получилось, позвали жену. Но ведь это не совсем то, что оказалось по факту? Что случилось потом?

К.: Я пошел к ней, начал ее трясти и кричать: «Перестань, перестань, перестань… Я не могу этого выносить!»

Т.: Ага. Значит, у вас в голове были более гневные мысли. Я не могу этого выносить. Тебе не следовало поступать так со мной. Что с тобой?

К.: Гм *(кивает в знак согласия).*

Т.: Такого рода вещи происходили в вашей голове?

(Обратите внимание, что терапевт запрашивает реакцию клиента для подтверждения своей гипотезы.)

К.: Гм.

Т.: Хорошо, Сэм. Теперь я собираюсь сообщить вам кое-что, что может вас удивить. Вопрос не столько в том, что ваша дочь плакала ночью и мешала спать, что вас взбесило, а в том, что вы сказали себе об этом раздражающем событии. Если вы опросите тысячу человек, все согласятся, что это раздражает. Никому не захочется вставать каждую ночь. Так что то, что вы чувствовали раздражение, функционально. Но для того, чтобы вы так расстроились и действительно захотелось пойти, схватить ребенка, или задушить, или ударить чем-нибудь… Видите, вы не просто сказали: «О, черт возьми, опять начинается». Что из сказанных мною вещей… какая из них, на ваш взгляд, действительно вас завела?

К.: Думаю: «Я больше не могу этого выносить».

Т. *(повторяет дважды, акцентируя)*: Хорошо, теперь я собираюсь спросить вас о чем-то довольно странном (пауза). Вы вынесли это?

К.: Я прошел через это. Мне не понравилось.

Т.: Верно, вам не понравилось. Но вы ведь не умерли, правда?

К. *(невнятное бормотание).*

Т.: Хорошо. Видите, вы сделали иррациональное утверждение: «Я не могу этого вынести». Вы могли бы также подумать: «Она не должна так со мной поступать». Именно это и вызвало у вас дисфункциональный гнев. Под «иррациональным» я подразумеваю деструктивное и вредное, вынуждающее вас пойти и совершить поступок, о котором вы потом сожалели. Вы сказали мне, что на следующий день чувствовали вину и хотели, чтобы этого не было… это было чересчур. Был хнычущий среди ночи ребенок, и ваша чрезмерная реакция, безусловно, не помогла проблеме, вероятно, даже усугубила ее. Теперь у нас две проблемы вместо одной. Понимаете, что я вам говорю?

К.: Да. Я говорю себе, что не могу чего-то выносить. Думаю, вы имеете в виду, что когда я говорю это, злюсь еще сильнее?

Т.: Вот именно. Вы поняли! Вы единственный… Вы – автор собственных чувств. Это своего рода глубокое заявление. Я снова повторяю вам… потому что это касается большей части вашей жизни и того, как вы поступаете с собой и другими людьми. Вы – автор собственного гнева. Вы верите в это?

К.: Вы говорите, что она заставляет меня раздражаться, а я заставляю себя злиться.

Т.: На самом деле – технически – вы раздражаетесь по этому поводу, но я думаю, большинство людей считают это естественным, потому что вы прежде всего человек. Это совершенно нормальная реакция человека, который пытается немного поспать и должен идти на следующий день на работу, а его будит дочь, которая далеко не младенец и у которой есть плохая привычка так себя вести. Чувствовать раздражение – нормально. Но тот факт, что ночью вы потеряли контроль над собой и, собственно говоря, прибежали и попытались ее придушить… Этот поступок продиктован вашими мыслями. В действительности она не имела к нему никакого отношения. И то, что вы мысленно сказали себе о ее ночном плаче, действительно так расстроило вас, что вы потеряли над собой контроль. Видите, именно это мы называем дисфункциональным. Вы потеряли контроль. Плохо позволять другим дергать себя за ниточки. И я хочу помочь вам понять это, чтобы вы не чувствовали себя беспомощным, пытаясь контролировать свой гнев.

Часть 4

Терапия: приступаем к D – диспутированию и Е – новой эффективной реакции

Глава 10

Стратегии когнитивных изменений

Определение А, В и С необходимо, но изменение убеждений посредством этапов D и Е – задача терапии. Диспутирование является обсуждением или постановкой под сомнение иррациональных убеждений клиента и может включать когнитивный, образный, эмоциональный (выразительный) и поведенческий компоненты.

Первоначально теоретики и практики РЭПТ сосредотачивались на важности диспутирования как важнейшего процесса изменений. Однако со времени последнего издания этой книги стали уделять больше внимания обучению новым рациональным альтернативным убеждениям на этапе Е. Два исследования показали: обучение новому альтернативному убеждению более действенно, чем простая постановка под сомнение иррациональных убеждений (Moriarity, 2002). Кроме того, опрос обученных практиков РЭПТ показал, что они считают такое обучение наиболее важным процессом терапии (Beal and DiGiuseppe, 1998).

Для диспутирования или изменения убеждения мы определили три главные стратегии. Первая включает определение АВС, затем – постановку под сомнение определенного иррационального убеждения. Терапевт проходит через множество разных типов оспаривания и обсуждений, помогает клиенту создать новое рациональное альтернативное убеждение. Эту стратегию чаще всего использовал Альберт Эллис. Вторая стратегия заключается в том, что терапевт сначала обучает различию РУ и ИУ, а затем приступает к диспутированию и обсуждению ИУ клиента и подкреплению альтернативных РУ. Третья стратегия подразумевает обучение разнице между ИУ и РУ и далее – переход к отработке и усвоению клиентом новых альтернативных РУ. Пока нет исследований, указывающих на то, какая из этих стратегий наиболее действенна. Мы подозреваем, что для ряда клиентов эффективной может оказаться любая. У кого-то одна проблема лучше исправится одной стратегией, которая не будет работать с другой, и поэтому понадобится еще одна. Мы рекомендуем освоить все три стратегии, а затем отследить, какая оптимальна для каких клиентов или для каких типов проблем.

Что именно диспутировать

РЭПТ-терапевты никогда не ставят под сомнение эмоции клиента. Эмоции – это переживания, они не являются фактом или мнением и поэтому не оспариваются. На самом деле одно из ключевых отличий когниции и эмоции – то, что эмоции не подлежат оспариванию.

Постановка эмоций под сомнение обесценивает чувства клиента. Она также сообщает, что ему не следует переживать эмоцию или нужно изменить ее без всяких умений или техник. Рассмотрим следующий пример: если я говорю, что чувствую *холод*, а два других человека в комнате говорят, что им *жарко* и они *вспотели*, и добавляют, что температура в комнате составляет 100 градусов, я все равно чувствую холод. Мнение других людей с функциональной точки зрения неприменимо. «Мне *холодно*» не подлежит оспариванию, равно как и эмоции. Когда другие спорят с моим ощущением холода, они на самом деле говорят: «С тобой что-то не так, раз ты чувствуешь *холод*» и «Ты действительно не должен чувствовать *холод*». Теперь подставьте в предложение вместо слова «холод» эмоцию, и увидите, насколько обесценивающим может показаться клиентам постановка под сомнение их эмоционального опыта и ощущения реальности. Эмоции необходимо уважать. Они являются опытом клиента и не ставятся под сомнение.

Напомним, что дисфункциональные когниции клиентов принадлежат одному из трех главных типов: А (выводы), ИУ (требовательность), являющиеся императивными или схематичными по природе, и ИУ (производные). Теория гласит, что А (выводы) возникают из основных (императивных) когнитивных схем. Поэтому мы ставим под сомнение эти мысли, а не выводы. РЭПТ-терапевты нацеливают диспутирование на ИУ (требовательность) или ИУ (производные). Некоторые практики считают, что сначала надо поставить под сомнение ИУ (требовательность), а затем производные. Другие говорят, что лучше начать с ИУ, вызывающего наибольший отклик у клиента.

Если диспутирование нацелено на А (выводы) клиентов, мы называем его логически выведенным или неэлегантным. Когнитивные ошибки, скорее всего, будут связаны с ошибками индукции, когда клиенты, основываясь на недостаточных данных, делают чересчур обобщенные выводы (например, «Он меня не любит, потому что не позвонил»). Если набор установок клиента является дисфункциональным, проблемы в А рассматриваются как внутренние, глобальные и стабильные, может быть полезно побудить клиента переосмыслить проблему как временную, внешнюю или ограниченную по объему (Weiner, 1985). Предположим, что я наблюдаю невнимание некоторых слушателей на лекции, и мое настроение падает после атрибуции о том, что аудитория невнимательна, так как я скучный лектор. Логически выведенное оспаривание временно убедило бы меня в том, что сейчас раннее утро и слушатели, вероятно, еще не выпили кофе. Несмотря на это, я могу оставаться скучным, и появится еще больше доказательств того, что людям не нравятся мои лекции либо они невнимательны. По мере накопления этих доказательств реатрибуция перестанет работать. Что, если моя следующая лекция будет вечером, а слушатели все еще невнимательны, несмотря на обеспечение их значительным количеством кофеина? Вызывающее опасения плохое событие может

произойти всегда. Доводы в пользу того, что оно маловероятно или случится по какой-то другой причине, а не из-за моей работы, не предоставляют клиенту способа справиться с событием при его наступлении и могут помешать успеху терапии, поскольку временные решения не в состоянии изменить основные, императивные и производные убеждения клиента.

Направленные на иррациональные убеждения клиента диспутирования называются философскими или элегантными. Они философские, потому что доходят до главных предположений и основополагающих убеждений. Они элегантны, потому что работают во многих ситуациях, особенно когда действительно случается худшее.

Блок 10.1

Обучая новых терапевтов, мы часто наблюдаем, как они определяют АВС клиентов, но не переходят к оспариванию или не предлагают альтернативных РУ. Вместо этого они возвращаются, чтобы исследовать больше, идут назад, ища большие АВС. Они быстро и эффективно определяют простые

АВС, но вместо перехода к D и E возвращаются к оценке (например, «...а что еще вы чувствовали?»). Возможно, одной из причин этой ошибки является их неумение диспутировать или ощущение дискомфорта при постановке под сомнение мыслей клиента. Вторая причина заключается в опасениях, что клиенты будут воспринимать диспутирование их мыслей как атаку на личность. Полезная стратегия состоит в использовании установочной фразы. Например, можно повторить иррациональное убеждение клиента и сказать: «Хорошо, теперь, когда мы обнаружили, что именно это конкретное убеждение вызывает у вас проблемы, давайте его рассмотрим».

Если вы не знаете, с чего начать, продолжите установочную фразу передачей инициативы в руки клиента: «Видите ли вы какие-нибудь способы, которыми мы могли бы изменить это убеждение?»

Когнитивное диспутирование

Когнитивное диспутирование – попытка изменить ошибочные убеждения клиента посредством философских убеждений, дидактических представлений, сократовского диалога, опыта других людей и других вербальных средств. Одним из важнейших инструментов в когнитивном диспутировании является использование вопросов. Ранее мы указывали, что полезно избегать вопросов «почему» при оценке A, B и C, однако в случае диспутирования эти вопросы могут пригодиться.

В данном разделе мы представим виды диспутирования и конкретные вопросы для клиентов. Эти диспутирования основаны на примерах диспутирования Эллиса (1962, 1971, 1974b, 1979b) и других терапевтов Института Альберта Эллиса в Нью-Йорке. Мы приводим их в качестве примера для начала вашей работы. Обратите внимание, что, опираясь на такие вопросы, терапевт побуждает клиента выполнять работу, и, таким образом, тот с большей вероятностью усваивает новую, здоровую философию.

Для ведения процесса диспутирования РЭПТ мы используем взятую из философии науки модель Томаса Куна. Он был физиком-теоретиком, историком и философом науки, рассмотрел стратегии мышления и изучения доказательств, заставлявшие ученых менять свои теории на протяжении веков. Кун называл великие научные теории парадигмами[33] и считал их набором убеждений, влияющих на воспринимаемые человеком данные, сделанные им выводы и их важность. Иррациональные убеждения напоминают парадигмы, но представляют собой взгляды человека на конструкцию реальности в определенные моменты. Как было указано выше, они влияют на наши выводы и атрибуции относительно мира. Кун (Kuhn, 1977) также полагал, что ученые (и люди) игнорируют противоречащие их убеждениям доказательства до тех пор, пока те не станут настолько неуправляемыми, что изменение произойдет внезапно. У нас есть такая модель изменений для процесса терапии (DiGiuseppe, 1986). Предлагаемые ею клинические стратегии включают:

• сбор данных о сделанных с использованием иррациональных убеждений (схем) гипотезах и прогнозах и их эмпирическую проверку;

• постановку под сомнение логической последовательности иррациональных убеждений (схем) для выяснения, действительно ли она объясняет важные события, которые призвана объяснять;

• проверку парадигмы иррационального убеждения (схемы) для выяснения, соответствует ли она другим важным наборам данных, и рассматривание того, насколько последовательно она объясняет другие жизненные события;

• проверку эвристической ценности парадигмы иррационального убеждения (схемы) путем оценки ее влияния на качество жизни клиента и полезности для достижения его личных целей;

• повторение этих шагов, достаточное для создания в клиенте сильного противоречия в том, что парадигма иррационального убеждения (схемы) является приемлемым конструктом;

• помощь клиенту в конструировании парадигмы альтернативного рационального убеждения (схемы) вместо иррациональной личной парадигмы;

• анализ эмпирических данных, использовавшихся для опровержения предыдущей иррациональной парадигмы для рассмотрения того, является ли существующая рациональная парадигма более соответствующей имеющимся данным;

• создание прогнозов на основе новой рациональной парадигмы и рассмотрение того, подтверждаются ли они эмпирическим путем;

• анализ воздействия на жизнь человека для рассмотрения того, какие изменения произойдут после усвоения рациональной парадигмы, и выяснения, приведут ли они к повышению качества жизни и достижению большего количества личных целей клиента. Это и есть оценка эвристической (функциональной) ценности нового рационального убеждения.

Таким образом, диспутирование является не просто эмпирической проверкой или логической постановкой под сомнение, но и сложным процессом, посредством которого логическая последовательность, эвристическая (функциональная) ценность и эмпирические доказательства используются для оценки теории и альтернатив. Ниже описано каждое когнитивное диспутирование. Мы не имеем в виду, что они должны происходить в любом порядке. К настоящему времени проведено мало исследований их дифференциальной эффективности. Однако наш опрос прошедших обучение в Институте Альберта Эллиса практиков показал, что они считают наиболее эффективным эвристическое (функциональное) диспутирование.

Ниже мы приводим некоторые вопросы, являющиеся примерами логического, эмпирического и эвристического (функционального) диспутирования. Читая их, задумайтесь о следующем случае и о том, как вопросы ставят под сомнение иррациональные убеждения клиентки.

Барбара – медсестра большого больничного отделения, работающая в команде коллег. У нее есть идеи относительно повышения эффективности работы коллектива, но ей не удается уверенно их изложить. Когда терапевт спросил Барбару о ее чувствах в случае, если она все-таки поделится с коллегами своими предложениями, она сообщила о страхе и тревоге из-за того, что ее идеи отвергнут, подумают, что она глупа и заносчива (А-вывод). Она обнаружила следующие иррациональные убеждения:

• ИУ (императив/требование) – «Коллеги должны уважать меня, потому что я хочу, чтобы они меня уважали».

• ИУ (производная/катастрофизация) – «Ужасно, если я перестану нравиться коллегам».

• ИУ (производная/оценка собственной ценности) – «Я стану ничтожеством, если меня не будут уважать».

• ИУ (производная/непереносимость фрустрации) – «Я не могу выносить их неуважение».

Вопросы для логического диспутирования

Первая группа вопросов требует семантической ясности и логической последовательности в мышлении клиента и может быть использована для

диспутирования любого ИУ. Обсуждение семантической ясности необходимо и предшествует всякому обсуждению логики любой позиции:

• Что вы подразумеваете под словом «должен»?

• Что вы подразумеваете под словом «ужасно»?

• Что вы подразумеваете под словом «ничтожество»?

• Что вы подразумеваете под фразой «Я не могу выносить»?

• Вы сказали, что поскольку хотите, чтобы коллеги вас уважали, они должны вас уважать. Обоснованная ли это логика?

• Каким образом вы переходите от вашего желания быть уважаемым к убеждению, что вас должны уважать?

• Если бы вы услышали от кого-то другого аналогичный довод о том, что раз он чего-то хочет, так и должно быть, убедил бы он вас?

• Почему нелогично заявлять, что раз вы хотите, чтобы коллеги вас уважали, они должны вас уважать?

• Объясните мне, каким образом вы становитесь ничтожеством в случае их неуважения?

• Почему все должно быть так лишь потому, что вы этого хотите?

• Почему нелогично считать, что, желая уважения коллег, вы должны его иметь?

• Логично ли, что из вашего желания уважения следует, что вас должны уважать?

• Логично ли, что вы становитесь ничтожеством, основываясь на отсутствии уважения?

• Что плохого в представлении о том, что вы ничтожество?

• Что плохого в представлении о том, что вы не вынесете этого?

• Каким образом из неполучения желаемого следует, что вы не сможете этого вынести?

• Вам может не нравиться, если коллеги вас не уважают, но логично ли то, что вы не можете это выносить?

Эти вопросы сосредоточены на том, следуют ли иррациональные убеждения клиента из приводимых им доводов. Например, когда клиентов спрашивают: «Почему мир должен быть таким, каким он должен быть по вашим словам?», – большинство начинают объяснять, что это было бы более желательно для них. Классическое диспутирование Эллиса указывает на то, что из большей желательности чего-то логически не следует обязанности мира его обеспечить. Желательность и реальность клиента не связаны друг с другом, переходить от желания к требованию – значит использовать логически неверный аргумент.

Некоторые терапевты любят задавать прямой вопрос: «Почему должно быть…?» или «Почему не *должно* быть…?» после формулирования вместе с клиентом четкой императивной (требовательной) когниции как причины С. Удивительно, насколько успешным может быть данный вопрос, а также то, сколько информации и терапевтической пользы он способен принести.

Другие оспаривания сосредоточены на логическом несоответствии между разными аспектами системы убеждений клиента. Например, Барбара осуждает себя за недостижение конкретной цели или желания. Ее можно спросить: а) «Осудите ли вы других за неудачу в достижении той же цели?»; б) «Осудите ли вы других за неудачу в достижении их собственных целей?» Клиенты часто отвечают на такие

вопросы отрицательно. Более того, мы спрашиваем их: «Логично ли осуждать за неудачу одного человека и не осуждать другого за то же самое?» Логические несоответствия могут быть неоднократно проиллюстрированы такими вопросами и сравнениями.

Вопросы для эмпирического или тестирующего реальность диспутирования

Вторая группа вопросов требует от клиентов оценки того, соответствуют ли их убеждения эмпирической реальности. Например, большинство «требовательных» убеждений можно выставить не соответствующими действительности. Вне зависимости от того, насколько твердо клиенты верят, что мир «должен» быть таким, каким они хотят его видеть, Вселенная обычно не меняется для соответствия их «долженствованию». Анализ содержания записей терапии Эллиса показывает, что он часто приводил этот аргумент: спрашивал клиентов, что такое реальность, а затем указывал им на то, что она не соответствует их «долженствованию».

Клиентам, придерживающимся убеждений относительно непереносимости фрустрации, можно показать, что, несмотря на их мысли о том, что они не смогут вынести наступления А, на самом деле «выносили» его неоднократно. Вопросы могут потребовать от клиента оценки возможности наступления будущих событий, а в случае их наступления – оценки того, будут ли они такими неприятными, как ожидается. Самоуничижительные убеждения, в которых клиент считает себя абсолютным ничтожеством, могут быть показаны в ходе расспроса не соответствующими истине, потому что все люди делают некоторые вещи хорошо. Ниже приведены примеры вопросов для проверки соответствия убеждений клиента эмпирической реальности:

- Вы годами требовали от них уважения. Изменило ли их каким-либо образом ваше требование?
- Так что, они не уважают вас, несмотря на тот факт, что вы требуете от них уважения?
- Где доказательства того, что коллеги должны вас уважать?
- Где доказательства того, что вы никчемны для общества, Вселенной или кого-то еще из-за того, что коллеги вас не уважают?
- Если коллеги вас не уважают, а вы все еще живы, значит ли это, что вы вынесли их неуважение?
- Предположим, вас не уважают. Что хорошего и ценного все равно есть в вас?
- Что вы делаете хорошо, даже если вас не уважают?
- Если коллеги вас не уважают, имеете ли вы ценность для других людей в мире?
- Что бы на самом деле случилось с вами, если бы коллеги вас не уважали?
- Какую самую большую беду вы пережили в своей жизни? Клиент отвечает…
- Что ж, вы выжили и вынесли это. А теперь ответьте, насколько это сравнимо с тем, что вас не уважают?
- Так что, вы выжили или выдержали кое-что похуже, чем их неуважение?
- Давайте побудем учеными. О чем свидетельствуют имеющиеся данные?
- Какие хорошие вещи могут произойти, даже если вас не уважают?
- Можете ли вы быть счастливым, не получая того, что хотите?

• Каким образом разрушится ваш мир, если вас не будут уважать?
• Где написано, что коллеги должны вас уважать?
• Где написано, что вы должны уважать коллег, чтобы иметь ценность?

Вопросы для прагматического диспутирования

Третья группа вопросов не ставит под сомнение логику и не проверяет реальность мышления клиентов, а убеждает их оценить гедонистическую, прагматическую или эвристическую ценность убеждений. Помните, что рациональные убеждения помогают человеку достичь своих целей. Следовательно, их можно оценить по данному функциональному критерию. Помогает ли конкретная идея клиенту решить личную проблему? Достичь желаемой цели? Обеспечить другие позитивные последствия? Смягчить эмоциональные потрясения? Ниже приведены некоторые прагматичные оспаривания, которые можно использовать с клиентом Барбарой:

• Так что, вы считаете, что они должны вас уважать? Сколько это вам стоило?
• Как требование того, чтобы они уважали вас, заставило их вас уважать?
• Когда вы осуждаете себя за то, что вас не уважают, как это помогает получить желаемое? Или быть успешной?
• Так что, вы считаете кошмарным, что вас не уважают? Каким образом эта мысль приносит вам пользу?
• «Я должна получить все, что я хочу». Куда приведет вас это требование?
• Стоит ли вам продолжать придерживаться убеждения «Меня должны уважать»?
• Когда вы так думаете, как себя чувствуете? Помогает ли вам это чувство?
• Мотивирует ли вас эта мысль приняться за работу?
• Что с вами происходит, когда приходит в голову эта мысль?
• Почему вы придерживаетесь убеждения, доставляющего вам столько неприятностей?
• Можете ли вы перечислить все способы, с помощью которых ваше убеждение помогло вам или навредило в достижении ваших целей?

Предостережения в случае когнитивного диспутирования

Ставя под сомнение ИУ клиента, дайте ему время полностью обдумать вопросы. Начинающие терапевты часто считают такие молчаливые паузы неприятными, особенно если ошибочно полагают, что должны всегда быть директивными. Молчание в данном случае действительно может быть золотом. Данная рекомендация подразумевает осторожность: задавайте всего один вопрос за раз – никакого шквала вопросов. Если вы засыплете ими клиента, у него не будет возможности обдумать оспаривание. Не торопитесь и привыкните к молчанию. В социальных ситуациях оно неприятно и означает паузу в разговоре или плохие взаимоотношения говорящих. Во время диспутирования молчание означает раздумья клиента над вопросом. Чем оно дольше, тем сильнее когнитивное реструктурирование. Хорошим показателем действенного вопроса оспаривания является длина паузы клиента перед ответом. Если ответ произносится немедленно,

он мог не переосмыслить свою позицию, а вы, вероятно, не задали проницательный вопрос. Поэтому следите за задержкой ответа клиента после вопросов. Длинные паузы могут быть уместными. Не давайте ответы на вопросы, пока клиент не дал собственный ответ.

Однако имейте в виду: вопросы диспутирования могут вызвать дискомфорт у некоторых клиентов, в первую очередь потому, что у многих нет немедленного или продиктованного здравым смыслом ответа (например, «Где доказательства этого убеждения?». Их нет). Поэтому, пока ждете ответа клиента, наблюдайте за любыми невербальными признаками дискомфорта, которые могут проявиться. Если клиент переживает сильный дистресс, спросите, какие чувства он испытывает, и выясните, какие иррациональные убеждения высказывает сам себе. Возможно, клиент драматизирует ситуацию из-за незнания ответов на вопросы или осознания ошибочности своих мыслей. Ему может быть неприятна ваша просьба отказаться от привычной идеи. Если какие-то убеждения являются правдой, клиенты могут не принимать во внимание аргументы, которые вы пытались донести до них во время диспутирования. Искорените эти иррациональные убеждения, прежде чем продолжить начатое оспаривание.

Клиенты часто отвечают на вопросы оспаривания предоставлением доказательств в пользу рационального убеждения. Например, когда терапевт пытается оспорить концепцию ужасности («Где доказательства того, что это так ужасно?»), ответом клиента обычно становится обоснование нежелательности ситуации («Потому что мне это не нравится!»). В данном примере клиенту не удается отличить нежелательное от ужасного. Самая распространенная ошибка начинающего терапевта заключается в том, что он запутывается в доводах клиента. Вместо этого терапевт может указать клиенту, что его реплика предоставляет доказательства рационального утверждения, но не является ответом на поставленный вопрос. Терапевт повторяет вопрос, пока клиент не придет к нужному выводу о том, что доказательств его ИУ не существует.

Рассмотрим диалог с упомянутой выше Барбарой:

Т.: Барбара, какие у вас есть доказательства того, что вы должны пользоваться их уважением?

К.: Потому что я хочу, чтобы они меня уважали. Если они будут уважать меня, я буду лучше себя чувствовать.

Т.: Барбара, это доказательство того, зачем вы этого хотите. Потому что вы этого хотите и будете чувствовать себя хорошо, если вас будут уважать, но вопрос был в том, почему они должны вас уважать?

К.: Потому что мне есть что предложить и у меня есть отличные идеи. Я заслуживаю их уважения!

Т.: Барбара, вероятно, у вас действительно есть отличные идеи и вы внесете большой вклад в работу. Однако, к сожалению, это лишь доказательство того, что вы не получили их уважения. Почему они должны уважать вас, даже если вы вносите большой вклад и у вас есть отличные идеи?

К.: Вы имеете в виду, что они не обязаны уважать меня, даже если я заслуживаю их уважения?

Т.: Именно, Барбара! Они те, кто есть, и чувствуют то, что чувствуют, и, хотя у вас могут быть прекрасные идеи и вы способны внести свой вклад, мы не можем заставить их вас уважать.

В приведенном выше примере терапевт подтверждает, что неполучение уважения на самом деле плохо, но это не значит, что его не должно существовать. В целом полезно сознавать, что, когда клиенты называют что-то ужасным или кошмарным, они часто говорят две вещи: 1) что-то является плохим или очень плохим и 2) поэтому его не должно существовать. Мы хотим направить наши вмешательства только на второе и оставить первое в покое. Так, человек, переживший трагическое событие (допустим, солдат переживший смерть близкого товарища), скажет, что это было кошмарно. Если вы оспариваете его слова фразой: «Каким образом это кошмарно?», – клиент может ответить: «Да что вам об этом известно?» Постановка под сомнение катастрофизации может обесценивать чувства клиента, что способно сделать его очень устойчивым к вмешательству. Таким клиентам лучше помочь, сказав: «Хотя такие вещи очень плохие, они все же случаются. Теперь это поможет вам признать, что плохие вещи действительно происходят». В случаях травмы мы не рекомендуем оспаривать ее ужасность, однако побуждаем клиента принять или признать, что травма действительно имела место.

Клиенты будут настаивать на своих ответах гораздо дольше Барбары. Терапевт может продолжать преодолевать различие между рациональными и иррациональными убеждениями, пока клиент его не поймет. На это может уйти несколько сессий.

Диспутирование основных (императивных) и производных ИУ

Ранее мы отмечали важность постановки под сомнение иррациональных убеждений клиента в форме как его основного (императивного) ригидного убеждения, так и по крайней мере одной из трех производных этой предпосылки (катастрофизации, непереносимости фрустрации или обесценивания собственной ценности). Решив подвергнуть сомнению требование до начала диспутирования его производной, продолжайте подвергание его сомнению до тех пор, пока не покажете клиенту отсутствие любых доказательств в поддержку требования. Похожим образом, решив сначала поставить под сомнение иррациональное убеждение клиента, покажите ему наличие доказательств в поддержку РУ, прежде чем переходить к диспутированию главной производной иррационального убеждения.

Переключение с требования на производную (и наоборот) может запутать клиента. Однако если вы продолжаете оспаривать требование и вам становится ясно, что он не считает это занятие полезным, можете перенаправить внимание на производную и отслеживать реакции клиента. Некоторым легче понять причину иррациональности производных, чем своих *долженствований*. Точно так же, если клиенту трудно понять, почему его выбор иррационален, вероятно, для него полезнее сосредоточиться на обсуждении производной требования (например, на самопринятии).

Стили когнитивного диспутирования

Вторым измерением стратегий когнитивного диспутирования является стиль аргумента. Терапевты могут предоставить каждый из приведенных выше аргументов в дидактическом, сократовском, метафорическом, юмористическом, замещающем (использование моделей других людей) и самораскрывающемся стилях.

Дидактический стиль

Дидактические стратегии включают использование мини-лекций, аналогий и аллегорий для обучения сути. Как мы указывали ранее, наставления должны быть краткими, они могут оказаться полезны во время презентации клиенту новых идей. По мере ознакомления его с РЭПТ затрачиваемое на дидактическое обучение время может постепенно уменьшаться в течение сессий. Осуществляя дидактическое обучение, попытайтесь оценить, понимает ли клиент доносимую вами концепцию. Хороший способ оценки – следовать дидактическому дискурсу с помощью включения в него сократовского диалога. В формате придумывания или заимствования историй заложена большая свобода творчества при обучении тому, как ошибочны доводы клиента и какие альтернативные философии могут их заменить. Некоторые примеры приведены в следующих разделах, где изложены рекомендуемые оспаривания для главных иррациональных убеждений.

Хотя РЭПТ-терапевты предпочитают сократовский стиль, расспрос не всегда оказывается продуктивным. В этом случае вам, вероятно, придется перейти к более подробным дидактическим объяснениям, почему иррациональное убеждение саморазрушительно, а рациональное более продуктивно. В этой связи, скорее всего, в какой-то момент лечения вы будете в разной степени использовать дидактические объяснения со всеми клиентами.

Используя дидактические объяснения, убедитесь в понимании их клиентами, попросив перефразировать ваши аргументы. Например: «Как бы вы это сказали?» Наблюдайте за невербальными и паралингвистическими признаками понимания (за кивками головы, возгласами «гм-гм») в качестве доказательств того, что вас поняли. Такие вопросы помогают клиентам стать активными участниками дидактических объяснений РЭПТ, а не пассивными получателями информации.

Сократовский стиль

Многие формы психотерапии, особенно КПТ, используют сократовский диалог и его последовательность вопросов для проведения клинических интервью, развития самопознания и способствования изменениям. Некоторые ученые считают Сократа первым психотерапевтом (Chessick, 1982). Сократ полагал целью своего учения углубление самоосознания, самопринятия и саморегуляции человека (Overholser, 1996), содействие добродетели и саморазвитию (Overholser, 1999). Важность самоосознания проявляется в его утверждении: «Неосмысленная жизнь не стоит того, чтобы жить» (Lageman, 1989). Сократ считал себя оводом, жалящим лошадь и

заставляющим ее двигаться, не понукая и не направляя. По аналогии он сравнивал человеческую мысль с возничим крылатой колесницы, пытающимся использовать ум для управления двумя лошадьми: одной благородной, рациональной и спокойной, другой – неуправляемой, импульсивной и эмоционально реактивной. Борьба возничего с лошадьми служит метафорой борьбы клиентов за использование рационального мышления для контроля над своими иррациональными убеждениями и эмоциями. Цель сократовского метода – обучить стажеров постановке вопросов (Areeda, 1996). Она удивительно близка целям РЭПТ. Постоянно оспаривая наше мышление, мы развиваем и вновь подтверждаем более рациональную философию, испытываем более здоровые эмоции и достигаем более адаптивной жизни.

Оверхолсер (Overholser, 1993a, 1993b, 1994, 1995, 1996, 1999, 2010) много писал о сократовском методе в психотерапии и, в частности, в КПТ. Он определил для терапевтов несколько компонентов сократовского метода, взятых из работ древнегреческих философов. Работы Оверхолсера – отличное руководство по интеграции сократовского метода в клиническую практику, мы настоятельно рекомендуем вам ознакомиться с ними. Компоненты сократовского метода Оверхолсера включают: 1) системный расспрос (1993a); 2) индуктивное умозаключение (1993b); 3) изучение универсальных определений (1994); 4) отрицание знания (1995); 5) самосовершенствование (1996) и содействие добродетели в повседневной жизни (1999).

Системный расспрос включает запланированную последовательность вопросов, которые образуют диалог. Вопросы терапевта стимулируют изучение разных тем и цепей доказательств, приводят к накоплению соответствующей информации по данной теме. Системный расспрос позволяет клиентам активно мыслить иначе и изучать личные проблемы, ценности и предположения. Вопросы могут варьировать по форме, содержанию и используемому для их структурирования процессу (Overholser, 1993a). Форма вопроса влияет на вид полученного ответа. Сократовский диалог – это формальный расспрос (Areeda, 1996), позволяющий избежать шквала вопросов, на которые клиенту нужно немедленно ответить, поэтому он чувствует себя так, словно терапевт играет в «Угадай, что я думаю».

Сократовский метод помогает клиентам и терапевтам осуществлять совместный поиск информации и понимание каждого эпизода эмоционального опыта клиента. Оверхолсер рекомендует использовать открытые вопросы. Они позволяют респонденту *думать* и *рефлексировать*, спрашивают его *мнение* и передают *респонденту* контроль над беседой. Эти вопросы предусматривают несколько вариантов ответов. Открытые вопросы поощряют творчество относительно рассматриваемого опыта и доказательств, часто приводят к новому взгляду терапевта и клиента на проблему.

Хотя открытые вопросы предпочтительнее, Оверхолсер (Overholser, 1993b) рекомендует терапевтам при застревании клиентов и отсутствии ответа на вопрос переключаться на наводящие вопросы для развития диалога. Наводящий вопрос включает подразумеваемое предположение. Например, вопрос: «Помогла вам та мысль в той ситуации?» предполагает, что данная мысль привела или способствовала расстройству клиента. Развернутый вопрос используется при

возврате назад после ответа клиента: «Я не знаю». Когда терапевт спрашивает: «Что случилось, когда у вас появилась такая мысль?», а клиент отвечает: «Ну, результат был не очень хороший», – но не называет его, терапевт может просто спросить: «Так что же произошло после того, как у вас появилась эта мысль?» или «Достигли ли вы своих целей после появления этой мысли?»

Для получения выводов сократовский метод также использует индуктивное умозаключение. Расспрос помогает клиентам исследовать аспекты своей жизни и собирать информацию. Индуктивное умозаключение делает обобщения, основанные на отдельных случаях. В этом смысле оно контрастирует с дедуктивным умозаключением. Индуктивное умозаключение помогает клиентам сформировать новые обобщения путем постепенного накопления и систематического анализа доказательств (Gambrill, 1993). Индуктивное умозаключение включает анализ сходства и различий конкретных переживаний для получения общего принципа разряда событий. В психотерапии индуктивное умозаключение помогает клиентам развивать соответствующие ожидания и копинг-стратегии на абстрактном уровне.

Началом диспутирования может стать работа над определениями слов. Универсальные определения описывают характеристики абстрактных понятий, достаточные для улавливания их сути (Overholser, 1994). Мы стремимся к определениям, описывающим понятие таким образом, чтобы оно оставалось неизменным при изменении конкретных случаев или примеров. Например, «любовь» в широком смысле можно определить как чувство нежной привязанности к кому-либо, например к близкому родственнику или другу, либо к чему-то, например к месту, идеалу или животному. Говоря, что кто-то его не любит, потому что этому человеку не нравилось все, что он делал, клиент вставляет в определение дополнительную характеристику. Это новое определение может установить такой высокий стандарт любви, что про очень немногих людей, если вообще про кого-то, можно сказать, что они любят клиента, потому что почти никто не может любить все, что он делает. Процесс формулирования определений помогает клиентам оценить приемлемость используемых ими понятий и сделанных обобщений: «Что имеет в виду большинство людей, говоря о своей никчемности?». Определения важны, так как язык влияет на наше восприятие, описание и понимание мира (Efran, 1990).

Процесс создания определения обычно начинается с опровержения критической оценки обобщения клиента. При использовании им какого-то слова для классификации широкой категории событий терапевт просит дать четкое и однозначное определение. Процесс расспроса часто выявляет путаницу в первоначально сделанном обобщении клиента и его определении. Вместе терапевт и клиент работают над поиском ограничений или исключений в определении последнего. Приемлемые определения должны отвечать ряду критериев. В частности, они не должны быть образными или метафорическими. Терапевты могут попросить уточнить используемое клиентом слово (например, «Что вы имеете в виду, говоря, что вы никчемны?») и объяснить его значение. Такие диалоги анализируют определение клиента для выяснения, в чем и каким образом оно может быть неадекватным. В истинно сократовском стиле диалог направлен на опровержение первоначального определения, ограничение чрезмерных обобщений

и постепенное накопление примеров, помогающих клиенту выработать новое, более полезное определение (Chessick, 1982; Sternberg, 1998). Этот аспект сократовского метода включает аспекты теории общей семантики, которые мы обсуждали в главе 1. Люди зачастую используют слова без разбора, не анализируя их значение, и редко ощущают влияние, оказываемое на них называнием людей и событий определенным образом. Анализируя определения слов, можно устранить большую часть чрезмерного обобщения, самоосуждения и катастрофизации клиентом.

Отрицание знания – еще одна характеристика сократовского метода (Overholser, 1995). Классические ученые называют отрицание знания «сократовским незнанием». Один гражданин Древней Греции однажды заявил: «Нет никого мудрее Сократа», – потому что Сократ был редким человеком, признававшим свое незнание. Сократ утверждал, что ничего не знает, но почитал пытливость ума. Сократовское незнание помогает как терапевту, так и клиенту понимать пределы своих знаний. Они признают незнание того, что лучше для клиента или какое из его переживаний имеет отношение к решению рассматриваемой проблемы. Даже если терапевты считают, что знают ответ, они полагаются на способность клиента самостоятельно прийти к выводу. Большинство людей склонны замечать, принимать и запоминать поддерживающую их убеждения информацию, одновременно игнорируя, избегая или умаляя несоответствующую. Клиенты могут научиться оценивать: 1) количество; 2) качество; 3) разнообразие и 4) согласованность доказательств «за» и «против» своих убеждений.

Для эффективности процесса все четыре компонента надо собрать вместе. Терапия может сосредоточиться на самосовершенствовании клиента с акцентом на самоосознание, самопринятие и потенциальную саморегуляцию аффекта и поведения. Кроме того, терапевтические дискуссии могут исследовать значение добродетели, включая мудрость, смелость, умеренность, справедливость и благочестие.

Оверхолсер (Overholser, 1995) признавал, что Сократ использовал свой метод обучения для самосовершенствования. Философ делил самосовершенствование на три основных компонента: самоосознание, самопринятие и саморегуляцию. Наиболее актуальным для нашей дискуссии является использование сократовского метода для самопринятия. Оно может быть достигнуто после тщательного рационального анализа сильных и слабых сторон клиента. Посредством расспроса терапевт способен ему помочь обнаружить природные умения, таланты и качества, чтобы они развились в полезные качества и привычки. Сократовский метод придерживается метафоры, что можно лишь помочь «вырасти малому желудю в большой дуб», и мнения древних о том, что «не надо заставлять сапожника становиться солдатом».

Блок 10.2

Эд Гарсиа, один из первых стажеров Эллиса и первых наставников Института Альберта Эллиса, использовал для обучения сократовскому диалогу начинающих терапевтов следующее упражнение. Он попросил их проводить *всю* терапевтическую сессию, опираясь только на вопросы и избегая любых

повествовательных предложений. Сделайте запись своей сессии и отметьте, насколько близко вы подошли к этой цели. Мы не рекомендуем проводить все сессии исключительно в форме вышеупомянутых вопросов. Слишком большое их количество может раздражать клиентов, если они считают, что вам есть что сказать, а вы «ходите вокруг да около», вместо того чтобы выразиться прямо. Данный метод предназначен для упражнения в искусстве сократовского диалога.

Юмористический стиль

Другой широко используемой формой когнитивного диспутирования и основным инструментом РЭПТ является юмор. Эллис (Ellis, 1977с) был известен своим чувством юмора, применяемым не только перед аудиторией, но и на индивидуальных, групповых и совместных сессиях. Не существует правила, согласно которому терапия должна быть нудной, скучной или очень серьезной.

Эллис считал юмор важной частью психотерапии и использовал его как средство изменения установки. Юмор – свойство особого когнитивного опыта вызывать смех и доставлять удовольствие. Это слово происходит от *гуморальной медицины* древних греков, учившей, что баланс жидкостей – *гуморов* (от греческого *chymos*, дословно «сок» или «мокрота») в организме человека контролирует его здоровье и эмоции.

Когнитивные ученые (Hurley, Dennett, and Adams, 2011) отмечали, что большинство касающихся юмора теорий сосредоточены на содержании – почему мы считаем определенные вещи смешными. Однако более интригующие вопросы касаются того, почему люди находят *что-то* смешным и в принципе имеют чувство юмора. Какова ценность юмора для выживания с точки зрения эволюции? В своей новой теории Херли и соавторы (Hurley, Dennett, and Adams, 2011) рассматривают юмор как средство исправления ложных предположений и ошибок мышления. Главное предназначение человеческого мозга – осмысление повседневной жизни путем разработки схем и версий, основанных на отрывочной, неполной информации. Ошибки в схемах неизбежны, и даже незначительное ошибочное предположение способно привести к дорогостоящим провалам. Юмор – награда, получаемая нами за выискивание и исправление ошибочных предположений. Когнитивная психотерапия, направленная на исправление ошибочного мышления, приветствует юмор как естественный детектор ошибок.

Просмотр комедийных и юмористических фильмов повышает самоконтроль (Tice, Baumeister, Shmueli, and Muraven, 2007). Лучше всего юмор работает на контрасте идей, разных значений одного и того же слова и преувеличении аспектов идеи значимости.

Хотя в конечном итоге это определяется личным вкусом, степень, до которой человек считает что-то смешным, зависит от множества переменных, включая его место жительства, культуру, зрелость, уровень образования, интеллект и контекст. Например, маленькие дети часто предпочитают фарс. Сатира больше связана с пониманием цели юмора и, таким образом, имеет тенденцию привлекать зрелую аудиторию. Нестандартный юмор определенно можно назвать «шутками на любителя». Существует много теорий о том, что такое юмор и какую социальную функцию он выполняет. Преобладающие типы теорий, пытающихся объяснить его

существование, включают психологические теории, подавляющая часть которых считает вызванное юмором поведение очень полезным для здоровья; духовные теории, рассматривающие юмор, например, как «Божий дар»; и теории, считающие юмор необъяснимой загадкой, очень похожей на мистический опыт.

Главные компоненты юмора: а) отражение реальности или подражание ей и б) удивление (сбивание с толку), противоречие (парадокс) или двусмысленность. Методы использования юмора – это гипербола, метафора, доведение до абсурда или фарса, рефрейминг и тайминг.

Привыкнув осторожно использовать юмор , вы и клиент будете с бóльшим удовольствием проводить вместе сессии. Однако есть предостережение: целью юмора всегда является иррациональное убеждение, а не клиент. Важно оценить его способность использовать и понимать юмор, а также понимать поставленную цель. Терапевт, возможно, захочет обсудить с клиентом использование юмора до начала его применения.

Для некоторых клиентов использование юмора или юмористического преувеличения – продуктивный способ подчеркнуть отсутствие всяких доказательств иррациональных убеждений. Как отмечали Уэйлен и соавторы (Walen, 1992): «Если клиент говорит: “Действительно ужасно, что я провалил экзамен!”, – терапевт может ответить: “Вы правы! Это не только ужасно, но я не понимаю, как вы сможете такое пережить. Это худшее из того, что я когда-либо слышал! Это так ужасно, что я не могу говорить об этом. Давайте быстренько поговорим о чем-то другом!”». Такие парадоксальные утверждения часто указывают на бессмысленность иррационального убеждения для клиента, и для доказательства этого может потребоваться совсем немного времени.

Метафорический стиль

Метафоры – понятие или процесс понимания одной вещи с точки зрения другой. Это фигура речи, проводящая аналогию между двумя идеями. Аналогия передается заменой одного слова другим. Например: «Ее голос казался музыкой». Метафоры сравнивают без использования слов «как» или «словно», подразумевают перенос значения с элемента на элемент. Ученые, писатели и учителя веками использовали их в качестве метода обучения и общения во многих областях. Ортони (Ortony, 1975) отмечал мнемоническую функцию метафоры, указывая на то, что запоминаемость, лаконичность и яркость метафор делают их весьма эффективными. Общая фасилитация рассматривает метафоры как в высшей степени образные слова, более запоминающиеся и имеющие эмпирическое основание (Reynolds and Schwartz, 1983; Paivio, 1986).

Психотерапевты использовали метафоры с тех пор, как Брейер и Фрейд[34] начали заниматься «разговорной терапией», и существует много разных способов их применения (см. Muran and DiGiuseppe, 1990). Клинический опыт указывает на то, что клиенты часто оказываются перегруженными когнитивной реструктуризацией, им не удается вспомнить все соответствующие проблемы для своих ИУ и РУ. Мьюрен и Диджузеппе (1990) предположили, что мнемонические функции метафор

улучшают этот процесс благодаря своей полезности в научении. Они обеспечивает синхронную организацию информации в большие интегрированные блоки.

Успешная постановка под сомнение любой отдельной дисфункциональной мысли в терапии часто включает творческий поиск метафор, имеющих символическое или личное значение для клиента и, следовательно, могущих оказывать на него убеждающее действие. Этот поиск может предполагать присоединение собственного использования метафоры клиентом и ее рефрейминг в соответствии с конкретной стратегией диспутирования.

Мьюрен и Диджузеппе (1992) определили несколько правил выбора метафор для терапии:

а) четкое определение понятия, которое вы хотите сообщить клиенту;

б) внимательность к речи клиента и поиск понятной и комфортной для него области;

в) поиск аналогий в области знаний клиента, включающей основные элементы понятия, которому вы хотите его обучить, а также

г) если таковой области не существует или ничего не приходит в голову – поиск в новой, знакомой клиенту области.

Например, занимающаяся и интересующаяся спортом клиентка недавно обратилась к одному из нас с просьбой направить ее и дать совет, как реагировать на практическую проблему. Терапевт попытался объяснить свою роль, а именно: терапевт обучает клиентов навыкам решения жизненных проблем, не принимая за них решений. Ввиду активных занятий клиентки спортом и использования других метафор из спортивной сферы в голову терапевту пришла метафора «тренер». Он объяснил ей, что терапевт похож на тренера, который обучает спортсмена необходимым навыкам и следит за его тренировками. Однако он не может выступать вместо спортсмена. Похожим образом терапевт способен обучить клиента тому, какие шаги нужно сделать для принятия решений, но не может принять их за него. Здесь абстрактное понятие, используемое в знакомой области (тренер в спорте), было применено в новой области (по отношению к терапевту в терапии), чтобы помочь клиенту понять новое понятие (роль терапевта). Это успешно решило проблему клиентки, искавшей совета в практических решениях, и облегчило ее обучение навыкам продумывания своего выбора.

Герои фильмов тоже могут служить метафорами для использования в терапии. Фильмы снабжают нас визуальными, основанными на опыте сюжетными линиями, которые легко вспомнить, чтобы предложить новые способы мышления всякий раз, когда люди напоминают вам какого-то героя или сюжет. Рассмотрим пример гневливого молодого человека и использование фильма «Крестный отец», снятого Фрэнсисом Фордом Копполой в 1972 году.

Вито стремился быть бойцом и крутым парнем. Он часто вступал в драки, которые проигрывал, потому что бросал вызов противнику, даже если тот был не один. Терапевт (Рэймонд Диджузеппе) изо всех сил пытался обучить Вито двум вещам: разнице между адаптивным гневом и яростью и тому, что люди не обязаны уважать его и его семью, даже если он хочет от них этого. Вито любил фильм «Крестный отец». Терапевт указал ему на то, что он похож на сына «крестного отца» Сонни, которого играл Джеймс Каан. Сонни быстро начинал злиться и считал, что

люди, особенно его зять, должны уважать семью, в частности его сестру. Враждующие семьи знали о взрывном, импульсивном характере Сонни и подстроили драку между его сестрой и зятем. Когда сестра звонит Сонни, чтобы сообщить ему об этом, он приходит в ярость, бежит к своей машине и спешит к ней на помощь. Путь к сестре пролегает через пункт приема платежей на платной трассе, где Сонни ждут в засаде мафиози из другого клана и расстреливают. Терапевт напомнил Вито об этой истории и попросил его сосредоточиться на своем любимом персонаже.

Т.: И что случилось с Сонни, когда он вышел из себя?

К.: Ну, я думаю, он действовал импульсивно, и это его сгубило.

Т.: Так, а ты думаешь и ведешь себя, как Сонни?

К.: Всегда.

Т.: И это приносит тебе пользу?

К.: Нет, на этой неделе мне надрали задницу, потому что я подначил группу парней по соседству.

Т.: Так что, может, ты кончишь жизнь, как Сонни?

К.: Вполне может быть.

Т.: Хорошо, а что, если всякий раз, считая, что кто-то покушается на твою честь или репутацию, ты будешь думать о Сонни? Помог ли ему гнев?

К.: Ни капельки. Он его сгубил.

Т.: А помогли ли Сонни мысли о том, что другие не должны неуважительно к нему относиться?

К.: Нет, они помогли его убить.

Т.: Так что, если всякий раз, чувствуя, что кто-то бросает тебе вызов, ты будешь думать о Сонни?

К.: Да, я мог бы думать: «Что случилось с Сонни из-за того, что он думал так же, как я?» Это заставило бы меня остановиться и передумать.

Ссылка на персонажа объединила всю информацию о дисфункциональной природе гнева Вито и упомянутом выше эвристическом оспаривании. Фраза «подумай о Сонни» довела эту информацию до сознания Вито и помогла ему перейти к более рациональным альтернативным реакциям.

По мере приобретения терапевтического опыта вы будете накапливать метафоры для помощи клиентам в отказе от дисфункциональных убеждений и обретении новых убеждений. Стотт и соавторы (Stott, 2010) привели много примеров метафор для использования в широком диапазоне ситуаций в КПТ в целом.

Будьте креативными

Чем больше у вас опыта в постановке под сомнение иррациональных и рациональных убеждений, тем сильнее вы будете развивать свой индивидуальный стиль диспутирования. Вы создадите целый репертуар историй, афоризмов, метафор и других примеров, чтобы показать клиентам, почему их иррациональные убеждения являются саморазрушительными и почему рациональные альтернативы способствуют укреплению психического здоровья.

Например, работая с клиентами, считающими, что они не должны испытывать панику и не смогут ее вынести в случае наступления, один из нас (Уинди Драйден) использует технику под названием «террористическое диспутирование»:

Я говорю: «Давайте предположим, что ваши родители захвачены радикальными террористами и они освободят их только в том случае, если вы согласитесь выдержать десять панических атак. Согласитесь ли вы на эти условия?» Обычно клиент отвечает: «Да». В случае его согласия я говорю: «А я думал, что вы не сможете вынести панику». Клиент обычно отвечает: «Ну, это ради спасения моих родителей». На что я отвечаю: «Да, а сделаете ли вы то же ради своего психического здоровья?»

Еще одна креативная стратегия диспутирования – «спор о лучшем друге». Этот подход полезен для указания клиентам на существование у них необоснованных стандартов по отношению к себе.

Представьте, что ваша клиентка провалила важный экзамен и верит, что должна хорошо его сдать, иначе станет ничтожеством. Спросите ее, назовет ли она свою лучшую подругу теми же словами за тот же провал. Обычно клиентка говорит «нет». Если так, укажите ей на то, что она относится к подруге иначе, чем к себе. И на то, что если она решит быть такой же сострадательной по отношению к себе, сможет лучше решить собственные эмоциональные проблемы.

Использование моделей других людей

Зачастую терапевты учат клиентов тому, что многие люди в их окружении имеют сходные активирующие события и тем не менее не страдают от нездоровых дисфункциональных эмоций, потому что не придерживаются тех же ИУ. Клиенты могут многому научиться благодаря использованию моделей других людей: осознать, что другие не опустошены психологически подобными проблемами. Затем они могут применить данные знания к себе. Этот процесс также может привлечь внимание клиентов к поиску данных в своей среде, которые они могли бы выборочно отсеивать. Использование моделей других людей – хорошая стратегия, если А клиентов практически универсальны, например расставания с любимым человеком. Все мы пережили подобное. Один из нас недавно лечил мать ребенка с синдромом Туретта. Она была незнакома с данной болезнью, приходила в ужас от странного поведения малыша и пребывала в уверенности, что ее случай – единственный в мире. Немного поискав, терапевт обнаружил ассоциацию родителей детей с синдромом Туретта и посоветовал матери посетить их собрание. Данный опыт обеспечил женщину копинг-моделью. На следующей сессии она заключила: «Думаю, можно научиться приспосабливаться и жить с этим». Одно из преимуществ групп – принцип универсальности Ялома,[35] заключающийся в том, что люди не уникальны в своих страданиях.

Построение альтернативных рациональных убеждений

Постановка под сомнение, расспрос и опровержение ИУ – лишь часть процесса. Люди не откажутся от идеи или поведения, пока у них не появится достойная замена. Анализ истории науки Куна показывает: людям зачастую известно о том, что имеющиеся у них теории ошибочны и не соответствуют действительности. Однако они придерживаются их, потому что у них нет альтернативной идеи для замены ошибочной, в которую они верят. Примером этому является Чарльз Дарвин и теория эволюции. До того как Дарвин отправился в путешествие на «Бигле», ученые давно знали об ошибочности существующих теорий в биологии. Дарвин не обнаружил никаких новых, расшатывающих существующие идеи данных, а просто создал новую идею эволюции. И когда он ее выдвинул, началась дискуссия. Новые идеи приходят не просто так, а появляются в результате творчества и диалектики обсуждения новой идеи в сравнении со старыми. В поведенческой терапии хорошо известно, насколько трудно подавлять или устранять дисфункциональное поведение. Лучшая стратегия – в подкреплении новой альтернативы и противоречащего ей поведения. РЭПТ также считает, что клиенты с большей вероятностью откажутся от своих ИУ, получив новые альтернативные РУ.

Остается вопрос: развиваются ли новые идеи посредством обучения или самопознания? Идея о том, что самопознание является превосходным способом научения, возникла у специалиста по возрастной психологии Жана Пиаже. Несмотря на его энтузиазм в отношении данного способа научения, лишь немногие исследования подтвердили эффективность научения через самопознание (Brainerd, 2003).

Научение через самопознание, по всей видимости, ценно в консультировании и психотерапии. Некоторые психотерапевты сообщают клиентам о том, что их идеи или поведение не верны либо дисфункциональны, и ждут, пока те сформулируют замещающую идею или поведение. Практики РЭПТ считают, что эффективнее помочь клиенту усвоить основанную на его жизненной философии альтернативу.

У нас нет достаточных данных о том, что самопознание ведет к более адаптивной или устойчивой новой философии жизни. Кроме того, обнаружение новых РУ требует времени, и, пока терапевт ждет этого, клиент продолжает страдать. Для занятий самопознанием нет неограниченных ресурсов времени и денег. Ввиду отсутствия доказательств того, что самопознание ведет к появлению более устойчивых, глубоких или адаптивных новых убеждений, РЭПТ выступает за обучение клиента новой рациональной философии. Однако самопознание тоже может иметь значение. Таким образом, терапевтическая дилемма заключается в том, сколько следует ждать самостоятельного обнаружения клиентами новых альтернативных убеждений.

Мы рекомендуем терапевтам всегда спрашивать клиента, какие новые убеждения, связанные с более функциональными, ненарушенными эмоциями, он имеет или мог иметь. Если клиент способен определиться с этой мыслью, мы обсуждаем, как она может стать для него более выгодной. Если нет, просим клиента выбрать в качестве примера для подражания того, кто хорошо справляется с расстраивающей ситуацией, а после определения копинг-модели спрашиваем, чем,

по его мнению (или как известно), мысли этой модели отличаются от его собственных. Повторимся: если у него получится выработать рациональное альтернативное убеждение, будем его отрабатывать и усиливать. Однако, если этим стратегиям не удается в разумные сроки раскрыть новое убеждение, мы указываем на него сами. Рекомендуем терапевтам предлагать новые РУ в качестве гипотез и спрашивать клиентов, имеет ли это убеждение для них смысл. Мы обнаружили, что клиенты часто перефразируют новое РУ своими словами (см. главу 12).

Уровни абстракции

Целью диспутирования является изменение негативного дисфункционального мышления клиентов таким образом, чтобы они могли избавиться от терзающего их эмоционального нарушения. Уровень абстракции, на котором происходит такое изменение, различается от клиента к клиенту. Например, я могу не понять наиболее элегантную и всеобъемлющую идею о том, что мне не нужны ничья любовь и одобрение, но я мог бы понять, что мне не нужны любовь и одобрение конкретного человека. Хотя последняя идея менее исчерпывающая, она тем не менее рациональна и элегантна, и это бы соответствовало счастливой жизни, если бы в моей жизни не было этих конкретных отношений. Обычно нам не требуется переходить на самый абстрактный уровень иррационального убеждения, поскольку маловероятно, что человеку когда-либо придется справляться с ним в реальности. Например, маловероятно, что человек не достигнет никаких успехов или не получит любви в течение жизни.

Рассмотрим другой пример. Если Ральф злится на супругу за то, что она не приготовила обед, хотя, по его мнению, должна была это сделать, мы могли бы выявить много уровней иррационального мышления, ведущих к его дисфункциональному гневу:

- Моя жена должна подать обед на стол, когда я этого от нее хочу.
- Моя жена должна заниматься домашними делами так, как я хочу.
- Моя жена должна делать все так, как я хочу.
- Члены семьи должны делать то, что я хочу.
- Люди в моей жизни должны поступать так, как я хочу.
- Все люди должны вести себя так, как я хочу.
- Мир должен быть таким, каким я хочу его видеть.

Эти мысли иллюстрируют континуум абстракции и представляют собой лестницу абстракции ИУ. Они показывают, почему уровень абстракции клинически значим. Если бы наш клиент верил только в первую иррациональную идею, отреагировал бы лишь на несколько будущих активирующих событий, но чем абстрактнее уровень ИУ, с которым он соглашается, тем больший потенциальный дистресс он может испытывать. Соответственно, чем менее абстрактно рациональное убеждение, тем менее обобщенным будет его копинг.

Обычно клиенты сообщают о своих убеждениях в нижней части континуума абстракции. Убеждения более низкого уровня легче переживаются и признаются клиентом и, следовательно, доступнее для изменений. Способность клиента делать обобщения, отталкиваясь от конкретного примера и доходя до новых ситуаций, улучшится, если терапевт работает на более абстрактных уровнях. Поэтому мы рекомендуем концептуализировать ИУ и оспаривать их вверх и вниз по лестнице абстракции, по мере прогресса в терапии.

Вернемся к ситуации Ральфа. Если терапевт начнет диспутирование на конкретном уровне («Моя жена должна подать обед на стол, когда я этого от нее хочу»), Ральф, вероятно, обретет некоторый контроль над своим дисфункциональным гневом в часто происходящем событии и так обеспечит достижение прогресса в терапии. Впоследствии терапевт может выяснить вместе с

Ральфом, есть ли у него другие требования к жене и другим людям, а также что мир не должен быть таким, каким он желает его видеть. Таким образом, двигаясь вверх и вниз по лестнице абстракции, терапевт может обучить Ральфа справляться с конкретными активирующими событиями и применять решения РЭПТ по отношению к аналогичным неприятным событиям, понимать лежащие в основе рассуждений правила и применять его к другим неприятным ситуациям.

Дополнительные средства для диспутирования

Важной предпосылкой для успешного диспутирования является способность терапевта рационально думать о проблеме клиента. Как терапевты могут оспаривать то, что, по их мнению, не должно происходить? Во-первых, советуем терапевтам спросить себя: «Почему это не должно происходить?» Если они сами не убеждены в своем мнении, как сумеют убедить клиента? Например, одна психотерапевт обнаружила собственную вовлеченность в боязнь сексуального отвержения клиентки после мастэктомии. Только после философского согласия с тем, что такие потери возможны и можно потерять грудь, она смогла хладнокровно помочь клиентке прийти к тому же выводу.

Мы считаем полезным практиковаться в процессе диспутирования и готовиться к каждой сессии с клиентами. Бил, Копек и Диджузеппе (Beal, Kopec, and DiGiuseppe, 1996) разработали диаграмму типов оспаривания и попросили стажеров заполнять ее на каждого клиента до начала сессии. Они обнаружили, что подобная практика усиливала в них ощущение собственного влияния в процессе диспутирования. В табл. 10.1 дана форма, использованная ими в исследованиях. Чистый бланк – в приложении 3. Ознакомившись с приведенным в табл. 10.1 образцом, вы можете распечатать несколько копий бланка и заполнить их конкретными иррациональными убеждениями клиентов, которые вас сейчас посещают. Если заполнять бланк в течение нескольких недель, можно заметить прогресс. Вы тоже можете более уверенно чувствовать себя на сессии и уделять больше внимания словам клиента, так как будете меньше бороться с трудностями оспаривания старых убеждений и поддерживать новые, рациональные убеждения.

Когда будете готовы поставить убеждения под сомнение, убедитесь, что вы нацелились на соответствующее философское понятие, а не на метафору, которой оно выражено. Например, если клиент говорит: «У меня ничего не вышло – я такое дерьмо!», – ему легко указать на ошибку, поскольку он явно не обладает характеристиками фекалий. Однако философский момент может быть упущен, потому что неправильное понятие клиента о ценности человека в зависимости от его достижений остается нетронутым.

Обнаружив главное ИУ, осознайте необходимость значительного количества времени на его диспутирование. Поскольку сущность РЭПТ заключается в изменении иррациональных убеждений, очевидно, что D (диспутирование) – самая важная часть. В случае необходимости не бойтесь повторять его в течение многих сессий. Есть несколько способов обеспечить достаточно времени для диспутирования. Один из них – избегание обсуждения новой проблемы, пока не закончено диспутирование более старой проблемы с предыдущей сессии. Вы можете

начать следующую сессию с вопроса, помнит ли клиент о проблеме, быстро обозначив А, В и С и сразу перейдя к диспутированию. Другая стратегия состоит в рассмотрении новых проблем клиента и показе того, как они связаны с его главными ИУ, а затем – в продолжении диспутирования.

Таблица 10.1. Тренинг по стратегиям диспутирования (Бил, Копек и Диджузеппе, 1996)

Пример 1. Диспутирование иррационального убеждения: «Я ничтожество, если друзья смотрят на меня свысока»				
Стратегия диспутирования				
	логическая	**эмпирическая**	**функциональная**	**рационально-альтернативная**
Дидактический стиль	Если друзья смотрят на вас свысока, видят какую-то вашу часть и приходят к выводу, что она «никчемна» (нежелательна для них). Исходя из этого, они заключают, что «вы никчемны целиком». Искаженная логика!	Вы состоите из многих частей. Даже если некоторые части «с дефектом», нет доказательств того, что такими же являются все ваши части!	Похоже, наличие такого убеждения вызывает у вас массу негативных эмоций, тревогу и депрессию	Мне кажется, более рациональное убеждение может быть таким: «Я — сложный, не подлежащий оцениванию, могущий ошибаться человек, даже если друзья меня порицают»
Сократовский стиль	Если друзья смотрят на вас свысока, видят какую-то вашу часть и приходят к выводу, что она «никчемна» (нежелательна для них). Исходя из этого, они заключают, что «вы никчемны целиком». Разве это логично? А почему нет?	Существуют ли доказательства того, что часть может определять целое?	Какие последствия влечет за собой следование убеждению: «Я ничтожество, если друзья смотрят на меня свысока»?	Как вы думаете, какое более полезное и адаптивное (рациональное) убеждение вы можете создать себе прямо сейчас, в ситуации, когда друзья смотрят на вас свысока?
Метафорический стиль	Давайте предположим, что я купил самую дорогую в этом сезоне машину. Однако у нее вылетела свеча зажигания. Следуя вашей логике, вся машина не представляет собой «ничего хорошего», верно?	Понятно, что некоторые, даже очень важные и влиятельные, люди считали Иисуса Христа «никчемным». Если и так, это было доказательством его никчемности или просто их мнением?	Авраам Линкольн приобрел огромный авторитет, освободив рабов с помощью «Прокламации об освобождении». Многие друзья смотрели на него свысока. Где бы сегодня были Соединенные Штаты, если бы он придерживался вашего убеждения?	Многие кинозвезды и знаменитости считали себя никчемными, когда друзья или публика смотрели на них свысока. Некоторые даже покончили с собой. Подумайте, насколько иной стала бы их жизнь при наличии более рационального убеждения?

Юмористический стиль	Если бы я был президентом Соединенных Штатов или папой римским и рассуждал таким образом, это звучало бы логично, не правда ли?	Если бы я считал вас жирафом, стала бы ваша шея расти?	Следуя вашей логике, если бы ваши друзья смотрели на вас снизу вверх, вы были бы «хороши». Друзья и последователи Гитлера обожествляли его. Сделало ли это его хорошим человеком?	Имея мнение друзей обо мне и два с половиной доллара, можно ездить на метро. Супер!
Пример 2. Диспутирование иррационального убеждения: «Поскольку меня отверг любимый человек, я недостоин любви и неудачник!»				
	Стратегия диспутирования			
	Логическая	**Эмпирическая**	**Функциональная**	**Рационально-альтернативая**
Дидактический стиль	Из одного разрыва отношений логически не вытекает, что вы неудачник в принципе	Нет абсолютно никаких доказательств, подтверждающих убеждение в том, что если кто-то разорвал с вами отношения, это делает вас неудачником в принципе. На самом деле вы просто человек, чьи отношения закончились.	Похоже, что, пока вы будете продолжать говорить себе, что вы неудачник из-за разрыва отношений, вы будете переживать глубокую депрессию. Это не удержит вас от продолжения самоуничижения и оценок себя	Мне кажется, было бы лучше безоговорочно принять себя как достойного человека, чьи отношения, возможно, потерпели неудачу. Более того, это не делает вас неудачником в принципе
Сократовский стиль	Логично ли считать, что только из-за разрыва отношений вы или кто-либо еще автоматически становится полным неудачником в принципе?	Где доказательства того, что только из-за разрыва отношений вы внезапно становитесь полным неудачником и никчемным человеком?	Каким образом помогает вам убеждение в том, что вы становитесь неудачником из-за разрушившихся отношений? (Откуда у вас это убеждение? Что происходит с вами при постоянном повторении таких мыслей?)	Как вы думаете, какое более полезное и правдивое (рациональное) убеждение о неудачных отношениях и принятии себя вы можете создать прямо сейчас?
Метафорический стиль	Если средний результат бейсболиста равен 300 хитам, это очень хорошо, не так ли? Однако это значит, что игрок простаивал 70% времени. Так что неудача в определенных обстоятельствах не делает игрока полным неудачником	Где доказательства того, что ученик, проваливший один тест или экзамен, провалит ВСЕ экзамены и, следовательно, будет полным неудачником — как ученик и личность?	Если бы Томас Эдисон назвал себя полным неудачником после провала своих первых экспериментов с электричеством, что бы это значило для него (и для нас!)?	Многие кинозвезды, музыканты и т. д. считают, что ДОЛЖНЫ быть успешными во всех начинаниях, иначе они неудачники, некоторые даже покончили жизнь самоубийством из-за этого. Подумайте, как изменилась бы их жизнь с большим самопринятием
Юмористический стиль	Значит, вы говорите, что из-за неудач в моих отношениях я тоже неудачник! О нет! Если я полный неудачник из-за того, что некоторые отношения не сложились, мне лучше перестать заниматься психологией!	Элизабет Тейлор ДОЛЖНА быть полной неудачницей, потому что у нее было несколько браков, так? Верно ли то, что если у человека не было неудачных отношений, он должен быть Богом?	Возможно, Мария-Антуанетта была идеальной женой, но посмотрите, чем это для нее обернулось!	Если бы вы умерли, попали на небеса и рассказали святому Петру о своих неудачных отношениях, отправил бы он вас прямо в ад? Или, вероятно, напомнил бы, что вы все еще достойный человек, пусть и побывавший в неудачных отношениях

По возможности, прежде чем начинать диспутирование, сначала следует поработать с мотивацией клиента. Укажите ему на преимущества изменения убеждений, особенно на преимущества ощущения меньшего эмоционального дистресса. Конечно, эта стратегия зависит от уверенности терапевта в том, что клиент действительно хочет изменить С. Например, при наличии у клиента проблемы с гневом терапевт может сначала спросить: «Можете ли вы увидеть какие-

либо преимущества в том, чтобы быть раздраженным (менее злым), а не злиться?» После их перечисления клиентом он может спросить: «Можете ли вы придумать какие-либо способы почувствовать раздражение (меньшую злость)?» После создания мотивации клиент способен стать более восприимчивым к когнитивному или поведенческому вмешательству.

Таким образом, среди техник диспутирования, помогающих клиенту поставить под сомнение вызывающие дистресс B, в первую очередь выбираются те, что указывают на отсутствие ценности дистресса. Опять же, взяв в качестве примера гнев, терапевт может заявить что-то вроде: «Давайте сначала посмотрим, работает гнев на вас или против вас. Что делает ярость? Она готовит почву для драки! Кроме того, она вредна: разгоняет кровь, заставляет чувствовать себя более раздраженным и так далее. С другой стороны, обеспокоенность или раздражение служат разумным сигналом: "Как я могу это изменить? Что я могу сделать в этой ситуации? Возможно, если я объясню ему…" Видите, сейчас мы говорим о стратегиях. И если стратегия не работает, что вы сделаете? Начнете сначала и попробуете другую. Вот видите, проблему можно решить, не впадая в ярость».

Если клиенты не уверены в своем желании изменить поведение или эмоции, попробуйте определить другие мотивации, способствующие поддержанию патологии. Полезная техника, помогающая клиентам осознать закрепляющие проблему факторы, – метод законченных предложений Лазаруса (Lazarus, 1972): «Хорошим в … (например, в прокрастинации) является…».

Повторяйте эту фразу, пока клиент не исчерпает все варианты. Если он не может ничего придумать, все равно попросите его что-нибудь сказать – первое, что приходит в голову. Подчеркните, что ему не нужно верить сказанному и это не обязательно должно быть правдой. Терапевт может сам закончить предложение для примера, чтобы побудить клиента начать работу. Полезно услышать паттерн в ответах клиента, не только потому, что на причины сохранения дистресса могут указывать его утверждения, но и потому, что могут возникнуть новые иррациональные убеждения.

Диспутирование – тяжелая работа, так как вы пытаетесь изменить отрепетированную в течение длительного времени позицию клиента по основным философским вопросам. Выполнение данной задачи требует большого количества попыток и настойчивости терапевта. Как любому хорошему переговорщику, ему необходимо верить в свои слова и демонстрировать это убеждение настойчивостью и энтузиазмом в своей позиции – рациональности.

Однако настойчивость не означает постоянный напор: некоторые проблемы незаметны и могут возникать даже при проявлении участия или обратной реакции терапевта. Находясь на ранних стадиях терапии и пытаясь установить взаимопонимание, вы, возможно, захотите проявить участие, но не укреплять иррациональные убеждения. Например, если клиент говорит: «Мне необходимо …», – можно ответить: «Я знаю, что … – то, чего вы так сильно хотите». Таким образом, терапевт моделирует более рациональное утверждение, одновременно передавая понимание трудного положения клиента.

Блок 10.3

Напоминайте клиентам, что важно не просто сознавать иррациональность своих мыслей, но и активно оспаривать их вне сессий. А кроме того, конструировать и настойчиво отрабатывать новые рациональные убеждения для замены старых и иррациональных (см. главу 12).

Начинающие терапевты часто думают, что обобщение изменений в поведении происходит автоматически. Считая такое обобщение одним из преимуществ когнитивных вмешательств, мы не предполагаем, что оно происходит без усилий. Как и в случае с поведенческой терапией, требуется планирование. Таким образом, может оказаться желательным оспаривать одно и то же иррациональное представление во многих ситуациях, даже если иррациональные убеждения, оспаривание и возникающие в результате рациональные убеждения будут одинаковыми в каждом примере.

Прототипом проблемы обобщения является мужчина с сексуальными проблемами, для которого была построена иерархия вызывающих тревогу ситуаций. Клиент мог добиться успеха с помощью нескольких упражнений, таких как чувственное фокусирование или мастурбация, во время которых он успешно противодействовал иррациональным убеждениям о своей неудачливости и отсутствии мужественности. На вершине иерархии, когда его просят возобновить общение с партнером, он может реинтерпретировать ситуацию и вернуться к иррациональной катастрофизации. Затем он может сказать себе: «Это Реальность. Теперь, в случае неудачи, это действительно будет кошмарно!» Таким образом, хотя вы, вероятно, помогли ему противодействовать иррациональным убеждениям на более низких уровнях иерархии, вам не стоит предполагать, что его рациональные убеждения автоматически распространятся на следующий шаг. В данном примере терапевт специально расспрашивает клиента о его когнициях на разных этапах.

Кроме того, не предполагайте, что если клиенты думают рационально в одной проблемной области, они сделают то же в других областях. Например, Маргарет может озвучить сразу несколько проблем: тревогу в социальных ситуациях, чувство вины из-за своего сексуального поведения, гнев на начальника и т. д. Как правило, целесообразно работать над одной проблемой за раз. Если терапевт решает поработать над тревогой в социальных ситуациях и помогает клиентке избавиться от всех иррациональных убеждений в данной области, нет никаких гарантий, что она автоматически начнет рационально думать о вине из-за сексуального поведения или о гневе на начальника. Другие проблемные области, вероятно, потребуют отдельной работы.

Одна из стратегий максимизации преимуществ генерализации – помочь клиентам поверить в свою ответственность за собственный успех. Ряд исследований в поведенческой литературе показал, что важным когнитивным фактором при генерализации является внутренняя, а не внешняя атрибуция успеха в начинании (Ruth and DiGiuseppe, 1989). Считая, что их успех обусловлен внутренними факторами, клиенты с большей вероятностью будут верить в свой контроль над будущими проблемами и применять к ним полученные на терапии знания.

Последняя рекомендация, прежде чем перейти к примеру диспутирования, состоит в том, чтобы использовать как можно больше стратегий с каждым клиентом. Лазарус (Lazarus, 2009) предположил, что чем больше терапевтов будут

использовать методы (когнитивный, эмпирический, образный и поведенческий), тем более эффективным будет оспаривание и тем дольше продлится его эффект. Мы обнаружили полезность данной рекомендации.

Блок 10.4

Оспаривание с уважением. Мы не высмеиваем ошибочное или саморазрушительное мышление клиента, а работаем над его исправлением или изменением. Однако сначала мы принимаем и изучаем его. По всей видимости, ИУ живут в клиенте не просто так.

Например, одна клиентка потеряла родителей в очень юном возрасте, затем ее отправили жить к бабушке и дедушке, которые вскоре умерли, так что в конце концов она оказалась у дальних родственников. Негласный вывод, сделанный ею на основании жизни, заключался в том, что любовь, доверие или близость – «поцелуи смерти». Неудивительно, что ей было трудно установить близкие отношения со взрослыми людьми, включая взаимопонимание с терапевтом. Терапевтическая работа состояла в уважительном понимании ее опыта, интерпретированного испуганным маленьким ребенком, который привел к нелогичному основному убеждению. Постепенно она научилась переосмысливать свой опыт, ободрять себя и доверять своей способности любить и, будучи взрослой, переносить потенциальную потерю объекта любви.

Диспутирование. Пример из практики

Стенограмма частей сессии, проведенной Эллисом, демонстрирует процесс оспаривания. Эта стенограмма взята из публичной демонстрации, на которой ее участник попросил Эллиса поработать с ним. Первая проблема была связана с нервозностью человека из-за публичности происходящего.

Выяснение B

Т.: Какие слова, по вашему мнению, вы говорите себе, чтобы заставить себя нервничать?

К.: Я идиот, что поднялся на сцену!

Т.: Вы идиот, потому что…

К.: Я могу показать свои слабые места и почувствовать себя неловко.

(Выяснение, какое ИУ наиболее выражено.)

Т.: А вам следует чувствовать себя комфортно? Вы это хотели сказать? Или вам вообще не следует раскрываться?

К.: Вообще не следует.

Т: А если вы раскроетесь, то что? Что, по вашим ожиданиям, произойдет в таком случае?

К.: Взрыв эмоций… Я почувствовал бы смущение.

Т.: То есть вы можете повести себя глупо перед всеми этими людьми, верно?

К.: Да.

Т.: Но если и так, почему это должно вас расстраивать? Это спровоцирует тревогу?

К.: Не могли бы вы переформулировать вопрос?

(Смущение клиента, вероятно, является показателем его уровня тревоги.)

Т.: Да. Вы говорите: «Я могу повести себя глупо перед этой аудиторией». Но вы никогда не станете тревожиться лишь из-за такого утверждения. Это просто наблюдение или прогноз. А как вы оцениваете себя, поступая глупо?

К.: Я не понимаю.

(Повтор.)

Т.: Хорошо, само по себе это утверждение не вызывает эмоций. Из него следует нечто еще. Вы можете сказать себе: «Я могу повести себя глупо, разве не круто?! Я могу повести себя глупо, и это будет отличный повод потренироваться в таком поведении!». И тогда вы не будете тревожиться, верно?

К.: Верно.

Т.: Но вы говорите: «Я могу повести себя глупо, и разве это не… что?» Вы не говорите: «…круто!»

К.: Мне не нужно вести себя несвойственным образом.

Т.: «А если я буду вести себя несвойственным образом, то что?»

К.: Я могу повести себя трусливо.

(Производная ИУ по-прежнему отсутствует.)

Т.: «А если я буду вести себя трусливо, то что?» Видите ли, вы все еще не даете мне оценки себя или ситуации. «Понравилось бы мне это? Не понравилось? Воодушевило бы? Кем я буду?» Как вы оцениваете себя или результаты глупого поведения?

К.: Это заставило бы меня почувствовать себя ненормально.

(Терапевт поясняет, что «ненормально» – не эмоция, а А (вывод).)

Т.: Итак, «Если бы я повел себя здесь глупо, то был бы ненормальным?» или «Обо мне подумали бы как о ненормальном?»

К.: Да.

Т.: Но это гипотеза о том, как вы себя ведете, а не иррациональное убеждение.

(Цепочка логических выводов – предположение худшего.)

Т.: Хорошо, давайте предположим, что о вас думают, как о ненормальном! Предположим, люди говорят: «М-да, у него не все дома». Но вы же не знаете, скажут ли они так! Они могут сказать: «Вот молодец, у него хватило смелости подняться туда, а у меня кишка тонка!» Но давайте предположим, что они говорят, что вы ненормальный. И что тут ужасного?

К.: Это подтвердило бы то, что я уже и так думаю.

Т.: «Что я ненормален». Хорошо, и как вы оцениваете свою так называемую ненормальность?

К.: Отрицательно.

Т.: «Мне не нравится эта характеристика?» Но тогда бы вы чувствовали лишь обеспокоенность. Вы не чувствовали бы себя смущенным или пристыженным, а просто сказали бы: «Ну и ладно, у меня есть отрицательная черта под названием “ненормальность”». Вы видите, что говорите о чем-то большем, вызывающем в вас тревогу?

К.: Может быть, об опасении быть отвергнутым?

Т.: Да. «Потому что, если меня отвергают…»

К.: Значит, я отличаюсь от остальных.

Т.: «А если я от них отличаюсь…» Какой вывод вы делаете?

К.: Я буду одинок.

(Перефразирование С в А для показа связи А и С.)

Т.: «Я буду абсолютно одинок». А что вы почувствуете, оставшись совсем один?

К.: Депрессию.

(Терапевт суммирует комплекс АВ.)

Т.: Да. Итак, если я вас правильно понял, вы говорите: «Если я буду вести себя на сцене глупо, это докажет, что я не такой, как все. Остальные люди узнают об этом. Возможно, они до некоторой степени начнут меня бойкотировать, а я не смогу этого выдержать – это было бы ужасно». Так?

К.: Да.

Т.: Хорошо. Но даже если бы так случилось… а мы не знаем, случится ли… почему это было бы ужасно? Потому что они подумают, что вас надо сторониться, и вы останетесь один? Почему это было бы ужасно?

К.: Доказательство – мой прошлый опыт. Меня сторонились из-за моей непохожести на других.

Т.: Но почему это было ужасно? Давайте предположим, что так произошло. Вас оттолкнули, и вы остались один. Почему это ужасно?

К.: Мне кажется, нужен кто-то, с кем можно всем поделиться.

Т.: Докажите! Докажите, что вам кто-то нужен.

К. *(пауза)*: Нет никаких доказательств.

Т.: Но если верить в это, как вы будете себя чувствовать?

К.: Кошмарно.

Т.: Вот именно! Вы назвали это кошмарным, но если откажетесь от такого определения, будете чувствовать себя хорошо. Как вы чувствуете себя сейчас, стоя здесь, на сцене?

К.: Немного расслабленнее.

Т.: Вы понимаете, почему чувствуете себя немного расслабленнее? Вам известно, почему так?

К.: Это стало меньше меня волновать.

Т.: Замечательно. Это хорошо. И вы немного отвлеклись. Вместо того чтобы думать об аудитории, вы сосредотачиваетесь на теме разговора. А теперь какую еще проблему вы хотели бы обсудить?

Глава 11

Постановка под вопрос конкретных иррациональных убеждений

Диспутирование основных элементов иррациональных убеждений

В главе 10 мы представили множество способов классификации иррациональных убеждений. Находясь в поисках систематического представления стратегий диспутирования новым слушателям РЭПТ, мы решили учить тому, как ставить под сомнение главные элементы иррационального мышления, а не каждое ИУ.

Напомним, что основными иррациональными процессами являются:

Требовательность – верование в универсальные долженствования, в то, что мир должен быть таким, каким его хочется видеть.

Катастрофизация – убеждение в том, что некоторые вещи кошмарны, ужасны или катастрофичны.

Оценка человеческой ценности – убеждение в том, что на глобальном уровне можно оценить человека как никчемного или бесполезного.

Непереносимость фрустрации – убеждение в том, что нельзя вытерпеть трудности, неприятные эмоции или то, что не нравится.

Рассмотрим каждый основной элемент по очереди и некоторые способы борьбы с ними.

Требовательность

Прислушайтесь к следующим словам в речи клиента: «должен», «вынужден», «следует», «обязан», «придется», «необходимо». Их можно услышать в заявлениях от первого лица («Я должен…»), второго и третьего лица («Вы должны…») или («Он должен…») либо в заявлениях от лица мира («Это должно быть так…»). О прошлых событиях в таких случаях часто говорят как о проблемах с депрессией, чувством гнева или вины (например, «Ему не следовало этого делать»), но могут относиться и к событиям настоящего или будущего в случае тревоги (например, «Я не должен совершать ошибку»).

Заявления-требования «*следует*» внутренне нелогичны и раскрывают философию требования, а не предпочтения. Поэтому иррациональным компонентом является настойчивость клиента в том, что события или поведение людей обязаны быть иными. Клиенты расстраиваются из-за логической ошибки: «Это должно быть так, потому что я хочу X», или, как выражался Эллис, «Да будет по воле моей!». Клиенты словно верят в то, что могут контролировать Вселенную, упорно препятствующую их усилиям. Требования приводят к тому, что Карен Хорни[36] назвала «тиранией долженствования».

Три шага для диспутирования долженствований клиентов

Мы часто сталкиваемся с проблемой, заключающейся в том, что клиенты интерпретируют постановку под сомнение их долженствований как вызов их желаниям. Это приводит к мыслям о том, что терапевт считает их не имеющими права на свои желания, и ведет к разрыву терапевтического альянса. Рассмотрим случай с Тоаном.

К.: Я просто хочу, чтобы моя жена проявляла ко мне интерес и немного романтики. Разве я прошу слишком многого? Разве ей не следует проявлять ко мне хотя бы капельку любви?

Т.: Тоан, почему твоя жена должна вести себя романтично?

К.: *(раздраженно)*: Вы хотите мне сказать, что не считаете романтику важной для брака? Мне не стоит этого хотеть? А вы не хотите романтики в своем браке?

Тоан ошибочно принял оспаривание долженствования за вызов желанию. Поскольку клиенты, как говаривал Эллис, раздувают желание до требования, они часто не видят разницы между ними, считают их одной мыслью: «Я хочу/требую, чтобы было X». Поскольку желание и требование воспринимаются равнозначными, клиент может верить, что оспаривание одного является оспариванием обоих понятий. Думая, что мы оспариваем его желание, клиент может ощутить свое обесценивание. РЭПТ постулирует, что желания не являются ни рациональными, ни иррациональными, ни правильными, ни неправильными. Превращая желание в требование, клиенты создают нарушение. Мы хотим со всей ясностью заявить, что никогда не оспариваем желание. Как ясно дать это понять таким клиентам, как Тоан?

Во-первых, терапевт объясняет клиенту различие между желаниями и долженствованиями. Желания и хотения могут быть практически чем угодно. Однако то, чему «должно» быть, ограничено законами физики. Мы учим клиента, что это две разные вещи. Во-вторых, терапевт подтверждает желание или предпочтение: желание уместно и не подлежит оспариванию. В-третьих, терапевт ставит долженствование под сомнение. Рассмотрим пример с Тоаном.

Т.: Вы правы, Тоан. Позвольте мне пояснить. Неважно, чего хочу я – важно, чего хотите вы. И вы правы, что для вас нормально желать от жены романтики. Но вас злит вовсе не желание этого. Желание и требование – слишком разные вещи.

К.: Как это?

Т.: Желание связано с вашими предпочтениями, требование – с настаиванием на том, чтобы мир не был таким, какой он есть на самом деле. Далее, я думаю, любой согласится с тем, что вы хотите видеть свою жену романтичной и что вы очень цените романтику в браке. Большинство людей может хотеть того же, что и вы. Я не спорю с этим. Но я хотел бы, чтобы вы сосредоточились на том, почему она должна выполнять ваше желание лишь потому, что вы этого хотите.

К.: То есть вы пытаетесь сказать мне, что лишь потому, что я этого хочу и хотеть этого нормально – ей не нужно так делать?

Т.: Да, именно.

Проведя границу между желаниями и требованиями, терапевт может перейти к оспариванию требований клиента, задав ему вопросы:

- Почему не стоит говорить самому себе «должен/должна»?
- Согласно какому закону физики этому следует быть?

• Объясните мне, почему ваша жена должна так поступать?

• Как ваше желание этого доказывает, что так должно быть?

Моральные законы. Многие люди верят в существование неких долженствований в поведении человека. Пожалуй, именно поэтому у нас есть десять заповедей, законы Хаммурапи и другие моральные кодексы. Рационально-эмотивно-поведенческая философия не ставит под сомнение целесообразность создания или соблюдения таких норм. Однако она указывает, что эти законы созданы людьми, а не миром. Хотя наличие моральных кодексов желательно, из них логически не следует, что люди должны их соблюдать. Очевидно, что каждый из нас время от времени их нарушает («Пусть тот, кто без греха, первый бросит в меня камень»[37]). Если бы эти правила были частью человеческой природы, они устанавливались бы не философами-моралистами, а этологами. Таким образом, люди автоматически вели бы себя морально, потому что должны были бы поступать так согласно своей природе, и такое их поведение не считалось бы «благородным». Большинство религий хотя и выступают за соблюдение этического кодекса, признают за человеком право выбора. Рационально-эмотивно-поведенческая теория различает целесообразность какого-то поведения и возможность выбора: человек может решить не делать то, что желательно и рекомендуемо к выполнению. Рационально мысля, он понимает, что даже десять заповедей можно истолковать как условные, а не абсолютные предписания. В зависимости от вашей системы взглядов – хотите вы быть счастливым на небесах или комфортнее жить здесь, на Земле, – вероятно, следует почитать своих отца и мать.

Вспомните о разнице между абсолютистскими и нейтральными долженствованиями. Клиенты путают их в повседневной жизни, например: «Я должен идти на работу», «Я должен принять лекарство» или «Я должен позвонить маме». Вы можете указать клиентам, что люди редко совершают поступок, не приняв заранее соответствующее решение. Такие слова, как «должен», «придется» и «вынужден», подразумевают принуждение вести себя определенным образом, что, собственно, мы и выбираем. Используя такие слова, мы выбираем роль жертвы и начинаем культивировать жалость к себе. Вместо этого мы могли бы заменить их на более корректные фразы, такие как «Я хочу» или «Я выбираю». Например, если клиент говорит: «Мне приходится ходить на работу», терапевт может возразить: «Не приходится. Вы можете пойти на рыбалку или на футбол либо остаться в кровати, если захотите. Если вы идете на работу, делаете это потому, что решили так поступить. Просто вы не готовы принять последствия невыхода. Вот видите, у вас всегда есть выбор». В терапии мы стараемся использовать понятие ***долженствования*** только в отношении абсолютистских, а не условных ***требований***. Кроме того, важно учить клиентов их различать.

Я должен

Заявления в стиле «должен» или «следует» относительно себя обычно подразумевают требование личного совершенства: клиенты с таким убеждением удивительно нетерпимы к ошибкам. Главное диспутирование в этом случае состоит в обучении клиента тому, что данное свойство присуще всему человеческому роду. С

технической точки зрения мы не совершаем ошибки, а делаем выбор и только благодаря становящейся впоследствии известной информации можем охарактеризовать его как ошибку, если последствия не принесли пользу. Хотя улучшения являются тем, к чему мы все стремимся, люди еще не достигли совершенства: неспроста у карандашей есть резинки!

Когда клиентов расстраивает разоблачение их сугубо человеческих качеств при неудаче в каком-то начинании, терапевт может сказать: «Вам не следовало так поступать и все портить? Хорошо, а почему вы должны были преуспеть? Мы можем доказать правдивость того, что это было бы хорошо или выгодно. Но нет причины, по которой, если вы хотите добиться успеха, должны его добиться. Это предпочтительнее, но почему вы всегда должны преуспевать? Нет закона Вселенной, говорящего, что вам следует быть успешным».

Терапевту настоятельно рекомендуется выступать при оспаривании в качестве примера на контрасте, как в следующем диалоге:

Т.: Не очень хорошо ошибаться или делать неправильный выбор. Что ж, я принял сотни неверных решений! Вы говорите, что мне тоже не следовало совершать никаких ошибок?

К.: Нет. Я не думал об этом по отношению к вам.

Т.: Мне позволено совершать ошибки, а вам нет?

К.: Я не думал об этом.

Т.: Значит, в мире есть два набора правил – один для вас, другой для остальных?

И кто их придумал?

К.: Думаю, я.

Т.: Если вы создали первый набор, не могли бы вы создать и другие, справедливые для вас правила, чтобы жить по тем же правилам, по которым живет остальной мир?

Ключевым компонентом данного оспаривания является указание клиентам на то, что они являются теми, кого Эллис называл «убежденными *должно*нанистами (людьми, думающими в категориях «должен»)». Наша культура обеспечивает определенные стандарты поведения, но «*должно*нанизм» превращает их в долженствование.

Рассмотрим отрывок терапевтической сессии:

Т.: Это требование к самому себе. Почему вы должны быть любящим? Почему должны быть успешны в близких отношениях?

К.: Потому что я так хочу!

Т.: «И я должен быть всем, кем хочу?» Видите ли, вы берете какую-то цен и превращаете ее в сумасшедшее требование: «Я должен делать так, пот так может оказаться лучше». Не лучше ли чувствовать себя хорошо и от сумасшедших идей?

Аналогичным образом происходит в случае с молодой женщиной Самантой, вовлеченной в конфликт ценностей из-за внебрачной связи:

Т.: Что вы говорили себе, чтобы почувствовать себя виноватой?

К: Я совершаю аморальный поступок, и мне не следует этого делать.

Т.: Конечно. По вашим меркам, вы поступаете неправильно, однако чувствуете вину. Почему вам следует ее чувствовать за неправильный поступок? Многие люди поступают неправильно и не винят себя.

К.: Потому что у нас с мужем очень хорошие отношения. Мне не следует этого делать.

Т.: Хорошо, но во Вселенной нет следований. Вы поступаете так, и у вас есть возможность выбора, продолжать ли это. Если вы ждете, что долженствования Вселенной заставят вас вести себя морально, ждать придется долго, потому что их не существует. Думаю, ваше требование того, что вы «не должны так делать», мешает думать о том, как вы решаете поступать. Не могли бы вы вместо этого подумать: «У меня есть выбор. Я могу выбрать делать так. Но что есть для меня правильный выбор?»

К.: Я не думала об этом как о своем выборе. Я только что подумала, что должна делать.

Т.: Здесь у вас есть три варианта: вы можете изменить свои ценности, изменить свое поведение или изменить оценку своего поведения. Они не являются взаимоисключающими. Другими словами, вам решать, что вы делаете, при этом существуют определяющие наше поведение моральные правила. Но они не могут заставить нас следовать им и поступать правильно. Нам решать, живем мы по моральным ориентирам или нет.

Кроме того, важно указать клиентам на существование веских причин для отказа от *должно*нанизма: он не только способствует эмоциональному сумбуру, но и делает нас менее эффективными с поведенческой точки зрения. Давайте рассмотрим трех разных терапевтов, комментирующих данный вопрос:

Терапевт 1: Во Вселенной не существует долженствований. Предположим, вы говорите себе: «Я должен быть рациональным! Я должен быть рациональным! Я должен быть рациональным!» Это будет иррационально. Как думаете, что вы почувствуете?

Терапевт 2: Вы говорите, что совершили плохой поступок, достойный осуждения. Что ж, вернемся к первой части этого утверждения позднее, а сейчас предположим, что это правда. Почему вы должны из-за него осуждать и унижать себя? Чем поможет чувство вины в изменении ситуации? Все, на что оно способно, – это заставить вас защищаться и бороться, а не анализировать и видеть, как исправить ситуацию.

Терапевт 3: Если вы плохо водите машину и говорите себе: «Я просто идиот, что так плохо езжу!» – как это поможет лучше водить?

Другой аспект поиска совершенства связан с требованиями идеального решения проблем. Зачастую клиенты приходят на терапию в разгар дилеммы, или, выражаясь более профессиональным языком, попадают в ловушку конфликтов «приближение-приближение» или «избегание-избегание». Они ждут от себя идеального и беспроблемного решения, а когда его не удается найти, обращаются к терапевту. Терапевту неразумно предлагать возможный порядок действий, поскольку это могло бы закрепить представление о том, что другой человек способен обеспечить идеальное решение. Кроме того, клиент не научится некоторым важным навыкам: принятию решений, взвешиванию «за» и «против», построению «гедонистического исчисления», пониманию причин застревания в момент принятия решения (например, «Я могу принять неправильное решение, а должен принять правильное») и научению справляться с несовершенными решениями.

Последняя проблема часто возникает с клиентами, сообщающими о своем недовольстве любовными отношениями, в которых чувствуют себя, как в западне. Например, жена рассказывает о своем ужасно несчастном браке и желании оставить мужа, но ее останавливает ряд факторов:

- Впоследствии она может обнаружить, что сожалеет о своем поступке.
- Она может ранить его чувства.
- Она не может сделать это самостоятельно по эмоциональным причинам.
- Она может никогда не найти себе другого партнера.

Кроме того, она может полагать, что расторжение брака неправильно с нравственной точки зрения («Разве в брачных клятвах не говорится “покуда смерть не разлучит нас?”»), что свидетельствует о конфликте ценностей.

Очевидно, что в ситуации с этой женщиной налицо много иррациональных идей для постановки их под сомнение. Сначала терапевт может обучить ее тому, что она не несет полной ответственности за чувства других, поскольку при сохранении такого убеждения единственным выходом из дилеммы будет посвящение жизни счастью мужа. Рассматривая моральные коннотации ее поведения, терапевт может указать на то, что важны не добро и зло, а последствия поведения. Здесь может пригодиться притча Эллиса о двух дзен-буддистах:

Два дзен-буддиста совершали прогулку. Один из них был пожилым мастером, другой – юным новичком. Они подошли к вышедшему из берегов ручью. Рядом стояла красивая молодая женщина, сказавшая: «Посмотрите, какой потоп, уважаемые. Не могли бы вы помочь мне перебраться на другую сторону?» Молодой монах в ужасе отпрянул при мысли о том, что ему придется ее поднять. Старик же спокойно взял ее на руки и понес через поток. На другом берегу он поставил ее на землю, и двое монахов пошли дальше. Однако молодой человек не мог отойти от пережитого и наконец спросил: «Учитель! Вам известно, что мы поклялись в воздержании. Нам не позволено трогать таких красивых молодых женщин. Как вы могли взять эту прелестницу на руки, позволить ей обхватить себя руками за шею, так чтобы ее груди касались вашей груди, и вот так перенести через ручей?» На что старик ответил: «Сын мой, ты все еще ее несешь!»

Таким образом, как и в случае со старым монахом, можно сделать что-то «плохое» и не чувствовать себя виноватым; или не делать этого, как в случае с молодым монахом, и все равно изводить себя. Хочет клиентка придерживаться своих ценностей и быть несчастной или стать счастливой, даже если это означает изменение ценностей?

Другая техника в арсенале терапевта – взгляд со стороны. Клиента можно спросить: «Что вы посоветовали бы своей лучшей подруге, если бы у нее была такая же проблема? Предложили бы вы ей сохранить брак и обречь себя на несчастье?

В конечном счете клиентке разумно столкнуться с тем фактом, что она, как представляется, требует принятия для себя совершенного решения – абсолютно правильного и без каких-либо негативных последствий. Очевидно, что немногие решения в жизни могут этим похвастаться. У нее есть три варианта:

- оставаться в браке и быть несчастной;
- оставаться в браке и работать над тем, чтобы не быть несчастной;
- развестись.

В процессе принятия таких решений клиенты часто хотят видеть новые варианты. Например, та же клиентка может сказать: «Я могла бы остаться в браке, если бы мой муж был другим». Если бы допускалось конструировать реальность и создавать лучшие из возможных альтернатив, принимать решения было бы легко, но порой выбирать можно только из ограниченного количества вариантов. Терапевт может указать этой клиентке на то, что, как и в одном известном телевизионном шоу, у нее есть выбор: дверь 1, дверь 2 или дверь 3. Двери 4 нет.

Варианты не идут в комплекте с гарантиями; даже если бы у терапевта имелись гарантии счастья на блюдечке с золотой каемочкой, они не помогли бы. Что бы ни решили клиенты, решения означают некоторый риск, и они могут избежать его либо принять как сопутствующую творчеству проблему. Идеальных решений не существует.

Другие люди должны

Второе направление заявлений в стиле «должен» или «следует» – требования совершенства от других людей. В таком оспаривании есть три аспекта: у других людей есть свобода воли, и мы не имеем над ними полного контроля; отрицательные последствия часто связаны с попытками контроля поведения других людей; существуют отрицательные эмоциональные последствия настаивания на том, чтобы другие вели себя так, как нам хотелось бы.

Клиент обычно добавляет два пункта: «Как они могли так поступить?» и «Почему они так поступают?». Ответ на первый вопрос, хотя и может показаться поверхностным, довольно прост. Как они могли так поступить? Легко! Почему они так поступают? Этот вопрос может привести к занимательному обсуждению того, почему другие поступают неправильно. Среди возможных ответов: они невежественны, заблуждаются, тупые или «неправильное» поведение каким-то образом оправдано (вероятно, служит для расстраивания клиента на радость другому). Мы могли бы суммировать названные причины как глупость, невежество, эмоциональное нарушение или выгода. Понимание причин поведения других людей может стать важным шагом, помогающим клиенту терпеть такое поведение. Однако понимание поведения другого человека не всегда вызывает изменения. Независимо от причин поведения другого человека он продолжает вести себя так же.

Если клиент требует от другого человека поступать иначе, терапевт может возразить: «Где доказательства того, что X не следует так поступать? Их нет. По факту он поступил именно так. Требовать от людей, чтобы они не поступали определенным образом, глупо, потому что, как только они совершили поступок, становятся обязаны сделать то, что сделали».

Для клиента имеет гораздо больший смысл искать доказательство того, что X следовало поступить так, а не иначе: «Какой смысл злиться на то, что кто-то ведет себя именно так? Когда собака ведет себя как собака, мы не удивляемся. Когда кошка ведет себя как кошка – тоже. Почему вы удивляетесь, когда ваш муж ведет себя как ваш муж? У вас есть некая история его поступков. Это не значит, что он не может измениться. Но почему нам следует удивляться демонстрации им своего обычного поведения, особенно когда он не заинтересован и не мотивирован на

изменения? Мы можем попросить другого человека изменить свое поведение, но требовать этого глупо».

Вот пример того, как Эллис оспаривает то же требование:

К.: Ему не следовало этого делать!

Т.: Да, я понимаю, что вам не нравится его поведение, но почему не стоит в такой форме говорить это самому себе?

К.: Но он был неправ!

Т.: Предположим, что он неправ. Но почему все равно некорректно говорить себе такое?

К.: Не знаю.

Т.: Потому что вы не управляете Вселенной. Он имеет право быть неправым, как любой человек!

Как говорилось выше, предположительно не существует абсолютной правоты или ошибочности, лишь ситуативно обусловленный выбор. Кроме того, РЭПТ считает, что правильное или неправильное решение не зависит от права клиента на выбор: можно выбрать и неправильный поступок.

Терапевт может указать клиенту на то, что попытка контролировать поведение других способна вызвать дополнительные трудности:

Т.: Что означает контроль над другими людьми? Обычно мы используем для его осуществления негативные средства, например штрафные санкции, нытье, пассивное сопротивление, истерики и так далее. Но независимо от способа мы знаем одну вещь о поведении человека: любой, кто находится во власти другого, склонен испытывать к нему ненависть. Поэтому чем больше вы пытаетесь заставить мужа вас любить, тем меньше у вас шансов получить желаемое. Собственно говоря, единственный имеющийся в вашем распоряжении контроль – контроль над собой.

К.: Но это несправедливо с его стороны!

Т.: Хорошо, это несправедливо. Вы правы. А где написано, что должно быть справедливо? Вы говорите: «Он должен, он должен, он должен». Теперь позвольте задать вопрос: каким образом вы его контролируете? И что хорошего в том, что вы сидите здесь и едите себя поедом? Давайте договоримся. Это несправедливо. Теперь вы можете иметь контроль только над одним человеком. Что вы собираетесь с ним делать?

Наконец, терапевт указывает на то, что, пока клиент придерживается требовательной философии, его эмоциональное нарушение, по всей вероятности, никуда не денется: «У вас есть право просить перемен. Но вы можете не получить желаемого. Ваша задача – перестать оценивать себя на основании своей способности контролировать поведение других».

Мир должен

Клиенты также требуют своего контроля над неодушевленными предметами, социальными институтами и судьбой. Сколько раз вы слышали жалобы: «Со мной это не должно было произойти – это так несправедливо!». Главное оспаривание заключается в том, что мир не должен быть таким, каким его хочет видеть клиент, и, собственно говоря, мир – это мир по сложным, часто непостижимым причинам, и

ему не нужно быть другим. Для подчеркивания этого часто используется аналогия: «Давайте предположим, что я сижу в своем офисе в жаркий солнечный летний день и начинаю фантазировать, что лучше бы сегодня кататься на лыжах, а не работать. Если бы я подошел к окну, начал трясти кулаками и требовать, чтобы на улице стало холодно и пошел снег, чтобы покататься на лыжах, вы посмотрели бы на меня как на сумасшедшего и могли сказать, что глупо требовать, чтобы на улице шел снег и стало холодно. Да, и были бы правы: глупо требовать от Вселенной быть такой, какой ее хочется видеть мне. Очевидно, что солнечным и теплым день делают физические, астрономические и метеорологические факторы, а моя требовательность и истерика явно не смогут их изменить. Не напоминает ли это то, что вы делаете со своей проблемой? Разве вы не предъявляете такие же требования?».

Очевидно, что данная аналогия может использоваться для оспаривания всех типов утверждений в стиле «следует», например: «Если глупо требовать абсолютного контроля над погодой, то столь же глупо требовать его над другими людьми и над собой». Если клиент требует контролировать что-то в себе, он может возразить:

К.: Я понимаю, что вы имеете в виду, говоря о внешних событиях, но мне следует быть в состоянии контролировать себя.

Т.: Хорошо, но у вас и так есть некоторый контроль. Ваша ошибка заключается в настаивании на абсолютном контроле, когда вам свойственно ошибаться. В действительности это то же, что и попытка контролировать погоду, понимаете?

Потребности (вещи, которые я должен иметь)

Заявления о потребностях можно рассматривать как особый подкласс, так как клиенты не могут различить то, что они предпочли бы иметь, и то, что они должны иметь, чтобы жить счастливо. Главное оспаривание при работе с заявлениями о потребностях заключается в показе клиентам, как воспринимать свои слова серьезно и буквально. В этом мире относительно мало абсолютно необходимых вещей. Так, для выживания биологически нужны еда, вода, воздух и крыша над головой. Никто не знает, какие факторы обязательны для психологической адаптации, хотя испытывающие трудности в отношениях клиенты мгновенно заявляют, что «все, что мне нужно, это только любовь». Литература по психологии свидетельствует: детям и детенышам животных любовь и ласка необходимы для успешного развития, но не существует доказательств того, что взрослый человек когда-либо умер сам по себе из-за их отсутствия. Любовь весьма желательна для человека как в качестве дарителя, так и в качестве получателя, но она не необходима безусловно. Пока клиенты считают, что она им нужна, и так говорят, они будут вести себя, словно в ней нуждаются. Здесь и начинаются проблемы. Поэтому первый шаг – помочь прояснить слова клиента.

Наше общество не учит отличать свои желания от потребностей, но этому могут научиться даже маленькие дети. В следующей выдержке из сессии клиентка – одиннадцатилетняя девочка, которой трудно завести друзей в школе:

Т.: Тебе необходимо с ними играть?

К.: Да!

Т.: Что значит «необходимо»?

К.: Тебе надо это иметь.

Т.: «Необходимо» значит следующее. Какие вещи тебе необходимы? Тебе нужна вода. Что произойдет, если у тебя не будет воды?

К.: Ты умрешь.

Т.: Правильно. Тебе необходим воздух. Что произойдет, если у тебя его не будет? То же самое.

К.: Ты можешь умереть.

Т.: Верно. А что произойдет, если у тебя нет еды?

К.: Умрешь.

Т.: Да. Можем ли мы сказать, что тебе необходима еда?

К.: Да.

Т.: А вода?

К.: Да.

Т.: А воздух?

К.: Да.

Т.: Правильно. А необходимы ли тебе видеоигры?

К.: Ну… почти… думаю, что нет.

Т.: Но иногда ты говоришь, что тебе необходимо играть в них, не так ли?

К.: Да, потому что мне это нравится.

Т.: Да, тебе нравится и хочется играть, а потом ты думаешь, что тебе необходимо это делать. Но в этом же нет необходимости, верно?

К.: Да.

Т.: Вот именно. Тебе необходимы конфеты и мороженое?

К.: Нет.

Т.: Они тебе не необходимы, но тебе их хочется, не так ли?

К.: Да.

Т.: Но они тебе не необходимы?

К.: Нет.

Т.: Хорошо, а новый велосипед тебе нужен?

К.: Нет, у меня уже есть.

Т.: А если твой сломался, тебе необходим новый?

К.: Да.

Т.: Нет, тебе хотелось бы иметь новый велосипед, но он тебе не был бы необходим. Я имею в виду, ты не умерла бы без него, правда?

К.: Да.

Т.: Ты смогла бы жить дальше без нового велосипеда?

К.: Да.

Т.: Может, жить было бы не так весело, как с новым велосипедом, но ты смогла бы жить, верно? А тебе необходима новая пара кроссовок, если в старых будет дырка?

К.: Нет.

Т.: Замечаешь разницу между «хочу» и «необходимо»? В чем разница? Попробуй мне ее объяснить.

К.: «Необходимо» – то, что тебе нужно, чтобы помочь жить.

Т.: «Необходимо» – это то, что требуется для жизни.

К.: А «хочу» – то, что тебе хочется иметь.

Т.: Верно. Тебе это нравится, приятно. А теперь как насчет: «Лиза хочет, чтобы она нравилась детям в школе». Это желание или необходимость?

К.: Желание.

Т.: Точно желание?

К.: Точно.

Т.: Ну вот, мы немного поговорили о желаниях и необходимости. А теперь что произойдет, если ты скажешь себе: «Мне необходимо, чтобы такая-то играла со мной в школе, необходимо, чтобы я ей нравилась». Как ты себя почувствуешь, если не понравишься ей?

К.: Плохо.

Т.: Плохо. А насколько плохо: сильно или не очень?

К.: Сильно.

Т.: Сильно… А если ты скажешь: «Мне необходимо, чтобы я нравилась Кейт. Мне необходимо быть ее подружкой».

К.: Я хочу быть ее подружкой.

Т.: «Я хочу быть ее подружкой». Но разве нет разницы? Если бы ты сказала: «Мне необходимо быть ее подружкой», – а она не стала бы ею, как бы ты себя почувствовала?

К.: А она не станет?

Т.: А она не станет. И ты бы сказала: «У меня должна быть ее дружба, она необходима мне для жизни, а она не станет моей подругой».

К.: Плохо.

Т.: Ты бы очень расстроилась. А что, если ты скажешь себе вместо этого: «Мне бы хотелось нравиться Кейт. Я хочу быть ее подружкой, но, если она ею не станет, я могу прожить и без нее». Тебе будет сильно плохо или не очень?

К.: Не очень.

Катастрофизация

Оспаривание этого ИУ, по существу, влечет за собой атаку на понятие «ужасность». Люди часто употребляют слова «ужасно», «кошмарно» и «жутко». Эллис сначала заставлял клиентов согласиться с определением: «ужасно» означает много вещей, и все очень плохо; худшее из того, что могло когда-либо случиться, эквивалентно медленной пытке до смерти. Когда терапевты задают клиентам вопрос, действительно ли описанное ими событие ужасно, многие защищают собственную оценку:

Т.: Хорошо, давайте предположим, что вас отвергли и вы остались одни. Каким образом это будет ужасно?

К.: Таким, что внутри меня появятся депрессивные чувства, я буду чувствовать себя кошмарно.

Т.: Но все наоборот! Плохие чувства появляются из-за ваших мыслей. Предположим, вы определили их просто как боль в заднице: «Не слишком ли плохо, что я ей не нравлюсь?» Как вы думаете, внутри вас останутся депрессивные чувства?

К.: Нет.

Т.: Вот видите, если отказаться от катастрофизации, исчезнут и депрессивные чувства. Вы все равно будете сожалеть и печалиться, вероятно, сильно, но не окажетесь в депрессии. А теперь где доказательства того, что было бы ужасно, кошмарно и жутко, если бы вас отвергли?

Один из способов убедить клиента в том, что X не ужасно, – сравнение: «Можете ли вы представить себе что-нибудь хуже этого?» или «Если это так невыносимо, могли бы вы покончить с собой по этой причине?». Более конкретизированное упражнение в антикатастрофизации заключается в оценке события по «шкале ужасности/катастрофы» от 1 до 100 баллов: если 100 – наихудшее событие из возможных (например, смерть от рака после ампутации рук и ног), куда клиент может поставить данную проблему? Например, выяснится, что наличие супруга с плохим характером оценивается в диапазоне от 20 до 30 баллов.

Блок 11.1

Некоторые терапевты начинают диспутировать с вопроса, относится ли обсуждаемое событие к категории «сильная боль в шее» или «жуткий конец света». Превращение события в вынужденный выбор помогает клиенту начать декатастрофизацию.

Вариант данной стратегии заключается в том, чтобы спросить клиентов, могут ли они представить себе X еще хуже. Например: «Мерв, теперь, когда Джойс от вас ушла, похоже, вы чувствуете, что это одна из худших вещей, которые могли случиться в вашей жизни. Интересно, сможем ли мы посмотреть, насколько все плохо на самом деле? Например, потеря Джойс могла быть связана с потерей вашего дома, серьезным заболеванием одного из ваших детей или с потерей работы. Как думаете, вы сможете сохранить эту потерю на будущее, если будете напоминать себе, что проблемы зачастую имеют свойство множиться?»

В своей работе с детьми Вирджиния Уотерс часто использовала похожую вещь – список «ужасов». Предложите детям написать на доске или большом листе бумаги все ужасы и катастрофы, о которых они могут вспомнить (учитывая недавнюю серию фильмов и телешоу о катастрофах, это легко сделать). После событий 11 сентября, урагана «Катрина» и землетрясения на Гаити терапевт вспоминает еще одну катастрофу ребенка (например, «Томми сел на мое место»). Вероятно, нет необходимости говорить, что данное событие не входит в список. Это упражнение довольно успешно используется и со взрослыми.

Клиенты могут заниматься собственной антикатастрофизацией, если терапевт задает им вопросы: «Каковы реальные и вероятные последствия плохой ситуации?», «Сколько они продлятся?», «Каким образом вы сможете их вынести?», «Давайте проработаем детали вашего плана». Приглашение клиентов в подобную систему предпочтительнее речи, посвященной антикатастрофизации. Данное упражнение не только служит уменьшению масштаба катастроф, но и позволяет клиентам показать себе реальную ситуацию и выработать копинг-стратегии по ее преодолению.

В недавней группе один из участников спросил: «Что советует делать РЭПТ в отношении действительно плохих событий? Предполагается, что, думая и говоря о плохих вещах, вы должны чувствовать себя хорошо?» Это распространенный вопрос, задаваемый не только неискушенными людьми, но и профессионалами. Ясно, что ответ «нет». В отличие от «позитивного мышления»[38], РЭПТ не занимает позицию, согласно которой в каждом облаке есть просвет, даже в грозовых тучах. У нас может не быть выбора между хорошим и плохим событием, только между двумя плохими альтернативами. Чем тогда полезна РЭПТ? Тем, что помогает клиенту не делать плохое событие еще хуже путем катастрофизации.

Предположим, А – действительно очень плохое событие (например, перелом позвоночника, потеря конечности, смерть ребенка): что может сделать терапевт? Во-первых, признать, что А – действительно болезненное событие и что большинство людей будут чувствовать себя плохо. Во-вторых, посоветовать клиенту разрешить себе горевание. По прошествии некоторого времени большинство сможет продолжить жизнь и выработать установки или философию, которые позволят справиться с плохими и необратимыми А. Человек всегда может испытывать сильные отрицательные, но функциональные эмоции по поводу травмы в течение некоторого времени или до конца жизни. Терапевт способен убедить клиента, что придерживаться такого мышления не в его интересах. Повторимся: клиенты могут не иметь выбора между чем-то плохим или хорошим, только между двумя плохими вещами, и при этом сохранить определенный контроль над своими чувствами по поводу собственных возможностей. Принятие случившихся плохих вещей, преувеличенных или реальных, является ключевым для минимизации нарушенных по данному поводу эмоций.

Рассмотрим пример молодого человека, парализованного из-за травмы позвоночника, у которого, кроме того, появилась язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и мышечные спазмы. Повреждение спинного мозга не подлежало устранению, а сильно расстроившись из-за своего нового состояния, он усугубил проблему появлением спазмов. В данном случае отказ от депрессии из-за

травмы может напрямую повлиять на здоровье клиента. С ним и так произошло немало плохого, чтобы добавлять еще и депрессию.

Возможно, существует связь между помощью клиенту в принятии проблемы, такой как инвалидность, и принятием смерти. Как указывала Кюблер-Росс[39], принятие – не простой процесс, скорее сложноструктурированный. Человеку приходится иметь дело со многими чувствами (например, с гневом и страхом), отрицание бывает очень сильным. Принятие смерти как серии этапов – концептуальная схема, не все клиенты проходят все этапы или следуют им в установленном порядке. Однако РЭПТ может быть полезна, чтобы облегчить процесс перехода от одного этапа к другому.

Многие терапевты с ужасом относятся к клиентам, имеющим серьезную инвалидность или неизлечимое заболевание. Однако сами по себе эти обстоятельства не являются причиной эмоциональной нестабильности. Исследования показывают, что большинство людей с неизлечимыми заболеваниями лишены хронических расстройств, более того, достаточно искусны в мобилизации копинг-механизмов (Sobel, 1978; de N. Abrantes-Pais, 2007; Livneh and Cook, 2005; Livneh, 2006). Поэтому терапевту не следует считать дистресс нормальной реакцией.

В дополнение к признанию реальности и болезненности активирующего события терапевт может сосредоточиться на способностях и неспособностях клиента. Такое двойное сосредоточение не всегда уместно в начале терапии, но, по мере движения вперед, важно обсудить с клиентом вопрос: «Что вы можете сделать с тем, что у вас есть?» Кроме прочего, клиент может иррационально прийти к выводу, что из-за этих проблем жизнь кончена, возможностей получать от нее удовольствие не осталось. Полезный принцип здесь – удержание инвалидности в определенных рамках, а не чрезмерное обобщение ее последствий.

РЭПТ-терапевт будет делать то, что другие терапевты могут не рассматривать: признавать ситуацию как очень плохую.

Существуют и прагматичные причины для отказа от катастрофизации. Во-первых, связанный с катастрофизацией высокий уровень тревоги затрудняет решение проблем. Уменьшая тревогу, клиенты повышают свою способность справляться с трудностями. Если они катастрофизируют надвигающуюся проблему, терапевт может указать им на то, что переживания только усугубляют проблему, поскольку проблема переживается дважды: сначала – ее ожидание, затем – встреча с ней в реальности. Если дискомфорт неизбежен, клиенты могли бы наслаждаться жизнью, пока ситуация позволяет.

Философия катастрофизации обычно связана с сильной тревогой, распространенным результатом которой является избегающее поведение. Проблема с избеганием состоит в том, что, хотя оно и действенно на коротком отрезке времени для уменьшения тревоги, именно этот эффект усиливает избегающее поведение.

Если, например, в ком-то живет иррациональный страх наступить на одуванчик, данной проблемы легко избежать, обойдя одинокий одуванчик стороной и почти не ограничив свободу передвижения. Однако единственный маленький одинокий одуванчик быстро размножается, перерастая в множество проблем, и вскоре

испуганный человек обнаружит себя сильно стесненным, так как все тропинки в поле зарастут одуванчиками (LeDoux, 2000).

Обратите внимание на избегающее поведение: иногда клиенты избегают позитивных событий для предотвращения воображаемого будущего дистресса. Типичный пример – те, кто избегает близких отношений, даже если они весьма желанны. Люди отказываются вступать в любовные отношения из-за страха потери в будущем, поскольку они определили окончание отношений как ужасное, выбрали лишение себя настоящих возможных удовольствий. Катастрофизация в этом случае приводит к значительным потерям для клиентов.

Важное поведенческое диспутирование, используемое РЭПТ-терапевтами для борьбы с катастрофизацией, заключается в том, чтобы заставить клиентов столкнуться со своими проблемами и тем самым опровергнуть их гипотезу о невыносимо ужасных последствиях. Эллис называл такие поведенческие диспутирование опытом «принятия рисков».

Эллис предвосхитил основанную на исследованиях тенденцию в поведенческой терапии, настаивая на желательности поощрения клиентов к принятию рисков. Заставляя себя делать то, что кажется слишком сложным или слишком страшным, клиенты могут отказаться от своих представлений об ужасности. Собственно говоря, Эллис полагал, что более традиционные и мягкие техники, такие как систематическая десенсибилизация или тренировка расслабления, могут быть ятрогенными (то есть поддерживать нарушение клиента), поскольку утверждают у клиентов избегание дискомфорта и усиливают когниции непереносимости фрустрации. Эллис утверждал, что мы балуем клиентов и так помогаем им сохранять эмоциональное нарушение. Самый эффективный способ преодоления страхов и привычки к избеганию зачастую состоит в том, чтобы «закрыть глаза и заставить себя прыгнуть вниз». Другими словами, РЭПТ рекомендует имплозивную терапию, начиная с вершины, а не со дна иерархии страха. Исследования (например, Marks, 1971; Rachman, 1973) подтверждают данную точку зрения, а переход от образной десенсибилизации к десенсибилизации in vivo и от прогрессивных техник к имплозивной терапии показывает, что дух времени движется во взятом РЭПТ направлении (см. главу 16, где описаны домашние задания на принятие рисков).

Блок 11.2

Многие начинающие РЭПТ-терапевты доводят понятие катастрофизации до крайности, и в результате происходит отстранение клиента. Например, в случае неизлечимой болезни, изнасилования и нападения, а также стихийных бедствий рекомендуется вместо оспаривания «ужасности» события сосредоточиться на оспаривании функциональности катастрофизации по этому поводу. То, что клиенты считают «ужасным» и «кошмарным», является их субъективным мнением, и они могут прийти к выводу, что терапевт не понимает их или ситуацию, что чревато преждевременным прекращением терапии. Хотя Эллис мог оспорить даже убеждение в ужасности холокоста, мы рекомендуем терапевтам избегать провокационной конфронтации. Клинический и житейский опыт Эллиса позволяли ему использовать крайности со своими клиентами. Исходя из нашего опыта

применение примеров такого рода практиками РЭПТ независимо от их опытности не будет так же хорошо принят клиентами.

Оценка человеческой ценности

В своих оригинальных работах по этой теме Эллис имел дело с уничижительными отзывами клиентов о себе и других, выражающих человеческую ценность следующим образом: «Я никчемный неудачник» или «Он ничтожество». Логическим путем или с научной точки зрения, нет способа убедительно доказать, что один человек имеет бо́льшую ценность для Вселенной, чем другой. Поэтому остается нулевая гипотеза, что все люди одинаково ценны. Однако эта формулировка проблематична, так как предположение о называемом «ценностью» качестве подразумевает вероятность существования противоположности – «никчемности». Позднее Эллис усовершенствовал свою теорию, исключив из нее понятие о ценности и заменив его на безусловное самопринятие.

Убеждения, касающиеся собственной ценности, представляются одними из самых трудных для изменения. Самопринятие может оказаться трудным для детей, окруженных настаивающими на глобальной оценке ценности ребенка взрослыми (например, «хорошая девочка», а не «хорошее поведение»). Зачастую еще труднее убедить подростков в том, что им не нужна лесть сверстников. Важной концепцией обучения здесь является то, что мнение людей о чьей-то ценности – не факт. На эту дискриминацию следует указать, обратив внимание на не связанные с людьми вещи. Например, терапевт может показать свои наручные часы и сказать, что это самые красивые часы в мире. Делает ли его мнение их таковыми? То, чему учит терапевт – разница между частным мнением и фактом. Иначе говоря, его утверждение значит: «Я считаю эти часы самыми красивыми». Если клиент понимает данную концепцию, можно перейти к частному мнению, как в следующем примере: «Допустим, ваш друг думает, что вы индейка. Становитесь ли вы ею из-за его мнения? А если бы это утверждали все ваши друзья?»

Другими словами, при оценке собственной ценности не надо зависеть от поддержки или восхищения других и даже от Бога («Иисус любит меня, у меня все хорошо»). Мы можем выкинуть эти мешающие переменные и просто принять себя. Все оценки собственной ценности – чрезмерные обобщения, эта логическая ошибка исправлена в следующем диалоге:

К.: Я такой неудачник!

Т.: Вы неудачник? Кажется, у вас проблемы с подбором слов. Ярлык, который вы только что на себя навесили, говорит о том, что какая-то часть вас испорченная, а не только ваш поступок. Вы определили себя как испорченного человека. Если это правда, то эта порча охватит вас целиком, и вы станете поступать исключительно гадко везде и всегда. Это стало бы вашей судьбой. Не кажется ли вам, что вы чрезмерно обобщаете?

Уточним последний пункт. Важно научить клиентов чувствовать разницу между словами «быть неудачником» и «поступать неудачно». Другими словами, люди не равны их поведению. Один из способов обучить этому – помочь клиентам следить за своими словами, чтобы заменять свои ярлыки (существительные) на глаголы. Таким образом, вместо того чтобы говорить: «Я плохая мать», – правильнее сказать: «Я плохо забочусь о ребенке». Первое утверждение – явное преувеличение, потому что практически невозможно найти женщину, которая бы вела себя исключительно

негативно, будучи матерью. Даже обезьяны, «матери-монстры» Харлоу иногда кормили своих детенышей[40] (Harlow, 1958). Причина, по которой мы призываем клиентов заменить ярлыки глаголами, заключается в том, что в утверждениях с ярлыками используется содержащая чрезмерное обобщение языковая структура. Глагол «быть» в английском языке подразумевает единство подлежащего и именного сказуемого в предложении. Фраза «я психолог» подразумевает единство «я» и «психолог», но большинство из нас занимается и другими вещами помимо работы. Главный аргумент – люди слишком сложны для оценки в рамках одной категории. Именно сложность делает их не подлежащими оценке. Таким образом, Эллис указывал на то, что клиенты «отказываются от своего эго» не из-за исполнительной сущности, а из-за оценки себя.

Для иллюстрации человеческой сложности РЭПТ-терапевты часто используют следующую аналогию.

Представьте себе, что вам только что принесли большую корзину с фруктами. Вы засовываете руку в корзину и вытаскиваете оттуда красивое красное яблоко, затем спелую сочную грушу, затем гнилой апельсин, затем идеальный банан, а потом – гроздь винограда с несколькими мягкими, гнилыми ягодами. Как бы вы описали эти фрукты? Некоторые из них хорошие, другие испорченные, часть хочется выбросить. А как бы вы назвали корзину? Так вот, корзина – это вы, а фрукты, отличающиеся по спелости и гнилости, – черты вашего характера. Оценивать себя по одной из них – все равно что говорить, будто корзина плохая, так как в ней лежит несколько испорченных фруктов.

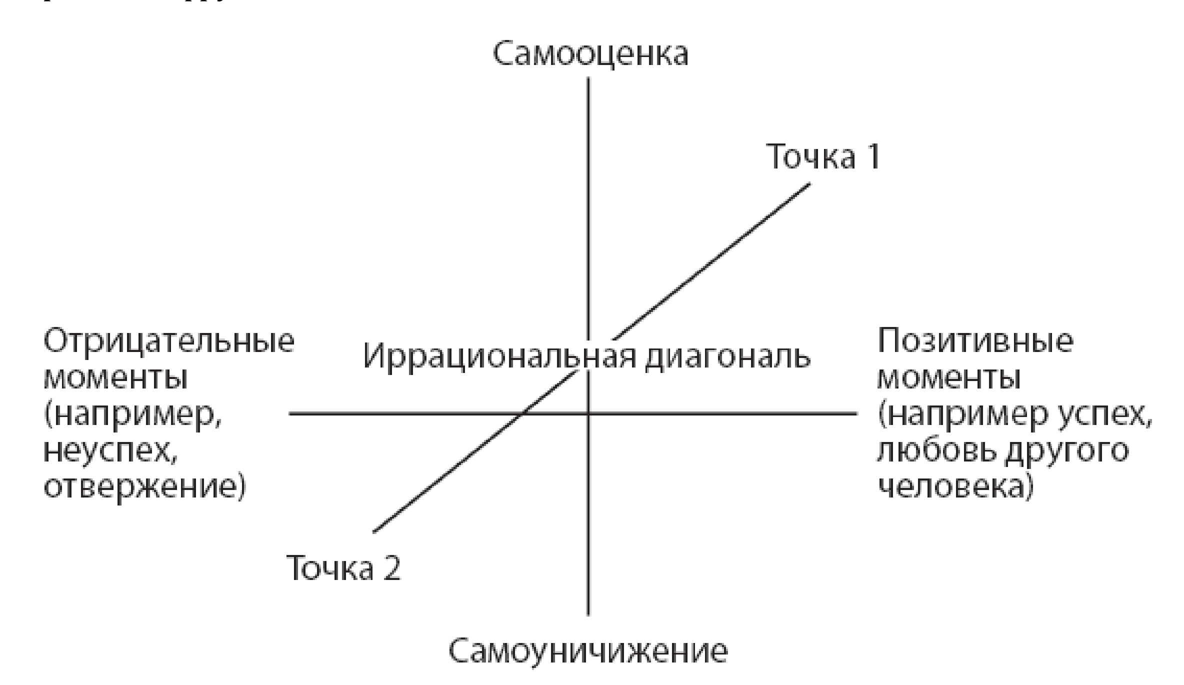


Рис. 11.1. Обманчивость самооценки

Уэсслер разработал график, иллюстрирующий абсурдность самооценки. Обратите внимание на две пересекающиеся оси на рис. 11.1. Самооценка многих

людей зависит от положения на горизонтальной оси. Если дела идут хорошо, они высоко оценивают себя (точка 1), когда плохо – дают себе низкую оценку (точка 2). В этой концепции ошибочен сам факт глобальной оценки себя: самовосхваление так же иррационально, как и самоуничижение. Оценивание – глупое занятие, поскольку при ухудшении внешних условий человек скатывается вниз по «иррациональной диагонали». Более рациональная перспектива – оставаться в центральной точке вертикальной оси независимо от положения на горизонтали. Таким образом, поскольку повышение оценки уже подразумевает возможность ее снижения, более элегантное решение – полный отказ от самооценки.

Общая стратегия в рамках концепции, согласно которой клиенты сами выполняют большую часть тяжелой работы в терапии, заключается в том, что вместо попытки доказать им, что они не являются неудачниками или ничтожествами, нужно заставить их доказать вам, что они такие и есть. Эта стратегия не только легче для терапевта, но часто дает клиенту убедительное представление о том, что «он не равен своему поведению». Повторимся, надо избежать самооценки и заменить ее самопринятием или терпимостью к себе.

Т.: Хорошо, Джек, докажите мне, что вы неудачник.

К.: Но я только что рассказал вам обо всех вещах, в которых облажался.

Т.: Это правда, Джек. Но как это делает вас неудачником?

К.: Но я натворил такую кучу дел!

Т.: Я знаю, Джек, но разве вы не видите, что делаете, называя себя неудачником? Вы занимаетесь предсказаниями. Быть неудачником означает, что вы всегда будете им и обречены на провал в любой попытке.

К.: Именно это меня огорчает: что я всегда буду в проигрыше.

Т.: Но вы не можете быть неудачником, потому что мы не знаем, будете ли вы всегда проигрывать в будущем, и у нас есть доказательства того, что вы не всегда терпели неудачу в прошлом. Видите ли, если бы вы были яблоком, всегда имели бы и продолжали иметь свойства яблока. Вы не могли бы измениться, и это не имеет ничего общего с неудачей. Так что докажите мне, что вы всегда терпели и будете терпеть неудачу!

К. (смеется): Думаю, что не смогу.

Т.: Хорошо, вот видите, неудача – то, что с вами иногда случается, а не ваша суть.

Трудностью для многих клиентов является принятие внешности. Возможно, звучит странно, но эта проблема, как представляется, распространена и среди мужчин, и среди женщин. Попытка убедить клиентов в том, что их восприятие физической реальности может быть искажено, кажется бесполезным занятием. К тому же, когда они смотрят в зеркало и им не нравится отражение, возникает эстетическое суждение. Вопросы вкуса трудно поставить под сомнение. И в дополнение к признанию того, что зеркальное отражение не является таким, каким бы им хотелось, клиенты драматизируют и отказываются принимать себя. Вот пример диспутирования такого отказа. Обратите внимание на принятие терапевтом восприятия клиента.

Т.: Хорошо, у вас ввалившиеся глаза. Что вы собираетесь делать с этой информацией? Вы говорите себе, что должны быть несчастны наедине с собой и своими ввалившимися глазами?

К.: Ну, я всегда могу найти человека, который без ума от ввалившихся глаз (смеется).

Т.: И что вы сейчас сказали? Вы снова ищете одобрения себя извне. Можете ли вы принять саму себя с ввалившимися глазами?

Сначала клиентка предполагала, что ввалившиеся глаза будут для нее приемлемы, если она найдет того, кому они понравятся; однако это было бы плохим решением, поскольку подразумевает условное принятие. Терапевт стимулирует ее продолжать работать над самопринятием независимо от одобрения окружающих.

Таким образом, внешность может быть единственной областью, в которой пересмотр А иногда не приносит пользы. Принятие не подлежащих изменению физических характеристик важно, хотя если некоторые из них можно скорректировать (например, с помощью пластической хирургии или контактных линз), терапевт, безусловно, может побудить клиентов к изменениям.

Многие клиенты расстраиваются из-за внешности и осуждают себя, когда их отвергают потенциальные партнеры. Считают, что в случае физической непривлекательности для конкретного партнера они непривлекательны ни для кого и никчемны. В оспаривании может оказаться полезной метафора с едой:

Т.: Значит, Одри вами не заинтересовалась. Что это значит для вас?

К.: Ну… Думаю, я говорю себе, что никто меня не захочет. Я ничтожество.

Т.: Что делает вас ничтожеством?

К.: Она же меня не хочет.

Т.: А это может быть связано с тем, что ей нравится в мужчинах. Как и в еде. Вы любите курицу?

К.: Да.

Т.: А рыбу?

К.: Фу. Я ее не ем.

Т.: Хорошо, и что ваш вкус говорит о рыбе? Или о курице?

К.: Ну… ничего, наверное.

Т.: Вот именно. Даже если вы не любите рыбу, многим она нравится. И только потому, что вы любите курицу, это не значит, что она – отличная еда или что другим следует ее любить. Люди рассматривают вас, как пищевые предпочтения. То, что им нравится, говорит больше об их вкусе или предпочтениях, чем о вас. Так что значит то, что Одри вас не хочет?

К.: *(улыбается)*: Думаю, то, что я не из ее ухи!

Особый подкласс иррациональных убеждений, касающийся собственной ценности, – проблема конкуренции: некоторые клиенты считают, что обязаны быть не только успешными, но и успешнее других. Их способность чувствовать себя комфортно зависит от выполнения чего-то лучше других и потому включает оценку себя и других. Оценивая себя по отношению к другим и терпя неудачу, они чувствуют депрессию, ревность или зависть. Сравнение – обычная часть их жизни, порой желательная для улучшения работы. Однако оно становится проблемой, если клиент чрезмерно обобщает и использует сравнение для самоуничижения.

Одной из рекомендаций в отношении таких клиентов является указание на то, что всякий раз, проводя сравнения, они почти не меняются. Например: «Если ваш рост – 170 и вы встречаете кого-то ростом 190, делает ли это вас ниже?» или «Если

кто-то получает более высокую оценку, чем вы, делает ли это вас глупым?» Но более элегантным решением будет работа над отказом от понятия оценки в принципе. Терапевт может указать на то, что, в конце концов, главная цель жизни в наслаждении, а не в доказывании своей состоятельности себе, другим или небесам.

В данный пункт мы включили два примера диспутирования, одно из которых дидактическое, второе – более выразительно в глобальной оценке собственной ценности.

Дидактическое диспутирование

Я собираюсь предложить вам нечто удивительное. Знаете что? Вы не являетесь замечательным, ярким, удивительным, умным человеком и не его противоположностью – ужасным, кошмарным, глупым, безответственным идиотом.

Вы – ни то ни другое, просто человек, принадлежите к человеческому роду. Быть человеком означает иметь сильные и слабые стороны. В некотором смысле вы, вероятно, достаточно умны, и в сочетании с этим качеством возникает способность совершать свойственные человеку ошибки. Потому что это в том числе значит быть живым.

Если мы собираемся сделать вас лучше, полезно следовать вашей системе убеждений. Сейчас вы настаиваете на рассмотрении себя в категориях «хороший – плохой», «глупый – умный». Считаете себя простым маленьким винтиком, лежащим в этой коробке либо в той. А я предполагаю, что не существует коробки с подходящей для вас надписью. Вы – сложный человек, как и все люди. Так, вы можете написать первоклассное сочинение, но из этого не следует, что вы – замечательный, одаренный, умный, идеальный человек. Это не так.

Если бы вы сдали сочинение, а оно оказалось неблестящим, вы могли бы сделать по крайней мере две вещи. Сказать: «Боже мой, я глуп и знал это, я не должен был его сдавать. Теперь я вижу доказательство того, о чем всегда думал, – я никчемен. Моя коробка с надписью «Глупость». Или заявить: «Ну и что? Я только учусь писать. За этим сюда и пришел. Я не идеален, иначе был бы профессором. И он тоже не идеален, иначе стал бы известным писателем. Но это не значит, что ему нечего мне сказать, поэтому в следующий раз я справлюсь лучше».

Фраза «Ну и что?» может стать тремя словами, которые полезно повторить сотню раз на следующей неделе. «Ну и что, что у меня не 5+? Ну и что, что у меня не идеальное сочинение? Это просто значит, что оно не идеально, и ничего больше». Однако фраза «Ну и что?» не означает «вообще неважно», лишь что «это не исключительно важно».

Эвокативное диспутирование

Т.: Вы действительно считаете себя ничтожеством. По определению это значит, что вы всегда все делаете плохо. Можете ли вы доказать мне, что так и есть?

К.: Я потерпел неудачу во многих вещах.

Т.: Сколько раз?

К.: Я потерял работу, жена угрожает меня бросить, я не лажу с детьми – вся моя жизнь – сплошной бардак!

Т.: Хорошо, позвольте мне сделать два замечания. Во-первых, это далеко не все стороны вашей жизни. Во-вторых, похоже, вы взвалили на себя полную, а не частичную ответственность за все события.

К.: Даже если бы я нес неполную ответственность, все равно остаюсь неудачником.

Т.: Нет. Вам не удались эти вещи. Но есть другие, в которых вы не потерпели неудачи.

К.: Какие?

Т.: Вам все еще удается вставать с постели каждое утро, вы следите за своей внешностью, хорошо управляете своими финансами, учитывая нынешнее сложное экономическое положение, – есть много вещей, с которыми вы хорошо справляетесь.

К.: Но это не считается!

Т.: Сейчас они для вас не считаются, потому что вы слишком озабочены проблемами, но они, безусловно, имеют значение. Есть много людей, которые не умеют делать эти вещи хорошо. Они что, неудачники?

К.: Нет, но…

Т.: Знаете, Джек, у вас высокое самомнение.

К.: Что вы имеете в виду? Я только что рассказывал вам, какой я неудачник!

Т.: Тот факт, что вы придерживаетесь двух разных стандартов, говорит о том, насколько вы самоуверенны. По отношению к себе вы придерживаетесь более высоких стандартов, чем по отношению к остальным, а значит, вы считаете себя намного лучше их. Для простых людей иметь проблемы нормально, но не для такого потрясающего человека, как вы. Разве это не противоречит вашему представлению о своей никчемности?

К.: Хм-м-м.

Т.: А что, если вместо того, чтобы считать себя никчемным, вы просто примете имеющиеся у вас недостатки и приложите все силы для их исправления?

К.: Звучит разумно.

Т.: Давайте займемся одной из проблемных областей и посмотрим, как исправить ситуацию.

Непереносимость фрустрации

Эллис концептуализировал потребность в комфорте как основной элемент иррациональных убеждений. Следующие общеупотребительные фразы могут указывать на тревожность дискомфорта (Ellis, 1978):

- Я не могу этого выдержать.
- Я не могу с этим (или без этого) жить.
- Я не могу этого вынести.
- Я не могу это терпеть.

Как представляется, люди считают, что не могут терпеть боль, дискомфорт или лишения, их готовность вытерпеть дискомфорт необязательно напрямую связана со скверностью невзгод. Обычно по факту они сообщают, что «не выносят» того, что им не нравится. Мы упоминали эту проблему ранее как показатель низкой устойчивости к фрустрации или нетерпимость к ней (НФ).

Есть два способа борьбы с НФ – когнитивный и экспериментальный. В когнитивном диспутировании терапевт просит клиентов доказать, что они не могут чего-то выдержать. Очевидно, такого доказательства не существует. Говорить, что они не могут этого вынести, глупо, потому что они могут это вынести (хотя им это может и не нравиться) и даже, несмотря на это, быть счастливыми. Требования НФ аналогичны приведенным выше утверждениям Эллиса по поводу тревожности дискомфорта. Клиенты настаивают, что не должны испытывать неудобств, неприятных ощущений или отказов, а в случае наличия таких обстоятельств считают их ужасными. Следующий диалог иллюстрирует оспаривание подобных представлений:

К.: Не выношу, когда моя мать ведет себя как истеричка.

Т. (*намеренно подчеркнутым тоном*): «Мне следовало счастливо прожить свою взрослую жизнь. Я настолько ее заслуживаю, что должен быть счастлив». она никогда не изменится. Что вы собираетесь с этим делать?

К.: Ничего.

Т.: Не могли бы вы сказать себе: «Разве не интересно посмотреть, что она выкинет на этот раз?» Вы могли бы скорректировать свое мышление, не выдвигая невыполнимых требований. Видите ли, это все равно что стоять у окна, требуя прекратить дождь. Природу нельзя контролировать, то же – с поведением людей. Злость ничего не изменит. Может, лучше просто принять реальность?

Драйден, Диджузеппе и Нинен (Dryden, DiGiuseppe, and Neenan, 2010) предлагают использовать «террористическое диспутирование» для помощи клиентам в осознании того, что они способны терпеть то, что считают невыносимым, и что ситуация может даже стоить того:

Т.: Хорошо, Моррис. Теперь нам ясно, что боязнь пойти на вечеринку продиктована угрозой уронить бокал и вызвать неодобрение окружающих.

К.: Если бы такое случилось, я бы этого не вынес. Я начинаю тревожиться при одной мысли об этом.

Т.: Значит, на ваш взгляд, это было бы невыносимо.

К.: Верно.

Т.: Хорошо, давайте посмотрим, правы ли вы. Вы любите своих детей?

К.: Конечно, люблю. Что за дурацкий вопрос?

Т.: Ну потерпите меня немного – я хочу помочь вам по-настоящему задуматься о правильности вашего объяснения ситуации, которую мы только что назвали «невыносимой», хорошо?

К.: Хорошо.

Т.: Отлично. Давайте представим, что группа террористов захватывает ваших детей и их требование заключается в следующем: «Если Моррис пойдет на двадцать вечеринок, уронит по бокалу на каждой, вызвав тем самым неодобрение окружающих, мы освободим его детей. А если он этого не сделает, мы их никогда не отпустим». Теперь вы поступили бы так, как они велят?

К.: Конечно, поступил бы.

Т.: Но вы только что говорили мне, что даже если уроните бокал один раз и столько же раз подвергнетесь критике, это будет ужасно. Как вы справитесь с невыносимым?

К.: Я начинаю понимать, что вы имеете в виду.

Т.: Какие слова, сказанные себе, позволили бы вам выполнить задание двадцать раз?

К.: Это можно вынести.

Т.: Верно. Это терпимо и, видимо, стоит вытерпеть ради спасения детей.

К.: Точно.

Т.: А теперь, если вы сделали это двадцать раз, чтобы спасти детей, рискнете ли вы сделать это пару раз для собственного психического здоровья?

К.: Да.

Т.: И не забывайте практиковаться, уверяя себя в том, что даже если случится худшее – вы уроните бокал и вызовете критику окружающих, – это переносимо, а не невыносимо.

Экспериментальные оспаривания НФ обеспечивают клиентов домашними заданиями, во время выполнения которых они практикуются в том, что ранее называли «невыносимым». Данная практика может принимать форму типичного упражнения, например, как у Билла Knауса: «Сконцентрируйте внимание на беспокоящем вас зуде и не чешите это место 30 секунд… а теперь еще 30 секунд…»

Или используйте упражнение, предназначенное для озвученной клиентом проблемы. Так, если клиенты в определенных ситуациях злятся, их можно попросить поведенчески диспутировать гнев, оставаясь в той самой, спровоцировавшей его ситуации и практикуя «стойкость», например целенаправленно общаясь с человеком, на которого они злятся. Здесь тоже может оказаться полезной рационально-эмотивная визуализация:

Т.: Давайте пройдемся по ситуации. Итак, представьте себя у входной квартиры матери. При первых признаках появления эмоции спросите себя, что происходит у вас в голове.

К.: Лучше просто притвориться, что не злишься.

Т.: Вместо простого застревания на своих чувствах и их отрицания спроси себя: «Что нужно, чтобы раздражаться, но не злиться?»

Подобным образом клиент может отрабатывать как повторную десенсибилизацию (поведенческую), так и ряд рациональных копинг-утверждений (когнитивных).

НФ способна помешать клиентам достичь многих целей в жизни, прежде всего потому, что они воздерживаются от необходимого для их достижения тяжелого труда. Терапевт может указать на то, что вряд ли «без труда вытащишь рыбку из пруда». Научение клиентов тому, что они могут выносить дискомфорт, помогает им смелее встречать невзгоды, больше рисковать и усерднее работать для максимизации своих успехов. Так, снижение НФ и устранение потребности в комфорте помогает написать книгу, оставить супруга, начать новый бизнес или достичь иных целей.

Глава 12

Эффективное новое убеждение (ЭУ)

Укрепление убежденности в новом Рациональном убеждении

В этой главе мы обсудим следующий шаг в модели ABCDE, где E – построение и отработка Эффективного Нового Убеждения (ЭУ). В основе терапевтического процесса РЭПТ лежит умение по-разному мыслить в одной и той же неблагоприятной ситуации. Некоторые РЭПТ-терапевты полагают, что диспутирование (D) – важнейшая часть процесса изменений. Другие считают таковой создание и отработку ЭУ. Само по себе оспаривание и постановка ИУ под сомнение необязательно приводит к появлению новых мыслей. Однако, не ставя ИУ под сомнение, клиенты не почувствуют мотивации к изменению своего мышления. Одни клиенты получат больше пользы от процесса оспаривания, другие – от отработки ЭУ. Мы советуем заниматься как оспариванием, так и формулировкой ЭУ. Однако если клиенты успешно оспорили, а затем не смогли выработать новое ЭУ для замены ИУ, сомнительно, что им станет лучше.

Создание замещающего убеждения является решающим аспектом изменений. В поведенческой терапии лучший способ изменить поведение – соединить вызывающий эмоцию раздражитель с новым, не совместимым с прежним поведением. Наказания за него недостаточно для устранения, требуются новые реакции (см. O'Donohue and Fisher, 2009). Кун (1962) в своем классическом труде по истории науки писал, что люди продолжают верить в развенчанные теории, которые, как им известно, ошибочны, пока не обнаружат более совершенные идеи. Наличие существенных *доказательств против* идеи не мешает верить в нее, что не является лучшей идеей.

Постановка ИУ под сомнение или их оспаривание (D) представляет собой лишь один шаг на пути к другому мышлению, поведению и эмоциям. Не продолжая достигнутого в последовательности ABCD успеха, мы оставили бы процесс незавершенным в решающий момент. Постановка под сомнение в D помогает клиентам переосмыслить прежние убеждения, приведшие их к эмоциональному нарушению и проблемному поведению. Сознавая и понимая связь **B→C**, клиенты замечают невыгодность сохранения этих мыслей, то есть видят, какое негативное влияние оказывают данные убеждения на их чувства и поведение. Затем они хотят изменить свои убеждения, понимая, насколько алогичны их мысли, как они вступают в конфликт с эмпирической реальностью и насколько дисфункционально их отношение к достижению своих целей. Изменение убеждений в E происходит путем отказа от императивного, догматического, негибкого и иррационального мышления, принятия гибкого и рационального мышления.

Отличие рациональных убеждений (РУ) от эффективных Новых убеждений (ЭУ)

Мы считаем важным провести границу между РУ (рациональным убеждением) и ЭУ (эффективным новым убеждением). РУ считаются убеждения, рациональные с логической, эмпирической и философской точек зрения. Можно сказать, что РУ – когнитивная формулировка первоначального желания или хотения. ЭУ относится к новым убеждениям, создаваемым терапевтом и клиентом *после оспаривания* (D) и являющимся противоположным убеждением относительно существующего ИУ, которого придерживается клиент. Следовательно, ЭУ – во-первых, рациональное убеждение, а во-вторых, противоположное убеждение, противостоящее и заменяющее ИУ. ЭУ служит для противопоставления и противостояния существующему ИУ, вызвавшему нарушение клиента.

Чего мы хотим достичь с помощью эффективных новых убеждений

Обычно у людей есть как РУ, так и ИУ (Ellis, 2002). Проблемы возникают при стойкости иррациональных убеждений и вере в них человека сильнее, чем в рациональные убеждения. Одна из стратегий для изменения соотношения между иррациональными и рациональными убеждениями – ослабление иррациональных убеждений. Оно достигается путем оспаривания атакующего ИУ важнейшими вопросами.

Еще одна направленная на изменение данного соотношения стратегия состоит в укреплении РУ применительно к неблагоприятным ситуациям. Усиление РУ в отношении активирующих событий находится в центре внимания ЭУ. ЭУ не только укрепляет РУ, но еще больше ослабляет ИУ. Мы ослабляем ИУ, не задавая вопросов о том, как мы поступали при оспаривании, а отрабатывая веские утверждения, противопоставляемые и противостоящие ИУ, а также нейтрализующие и опровергающие его содержание. Всем людям свойствен возврат к своим ИУ, нездоровым эмоциям и саморазрушительному поведению. В этой главе представлены техники для эффективного противостояния ему.

Условия формирования эффективных Новых убеждений

Прежде чем терапевт и клиент сформулируют ЭУ, нужно предпринять несколько шагов. Первым предварительным условием является определение ИУ, в достаточной мере (более 50 %) объясняющего эмоциональную или поведенческую проблему клиента. Это значит, что вы определили императивное требование и (или) одну либо несколько из трех производных, вызывающих нездоровую эмоцию и саморазрушительное поведение.

Вторым условием является понимание и убежденность клиента в связи **B→C**. Если клиентам не удается признать связь **B→C** (даже понимая иррациональность ИУ), у них будет отсутствовать мотивация к созданию, научению или отработке ЭУ.

Третье условие – **продуктивное диспутирование**. Если терапевт ставил ИУ под сомнение лишь поверхностно, клиенты могут не усомниться в нем в степени, достаточной для желания его изменить. Вызванные диспутированием напряжение, сомнения или неопределенность мотивируют клиентов изменить свои убеждения и задуматься об альтернативах. Поэтому, чем качественнее диспутирование, тем больше клиенты готовы инвестировать усилия в новое убеждение.

Четвертое условие – полное понимание иррациональной составляющей убеждения, необходимое для противостояния ему с помощью ЭУ. Важно, чтобы клиенты понимали эти идеи и были нацелены на самую вредную часть своего мышления.

Замена иррациональных убеждений эффективными новыми убеждениями

После выполнения предварительных условий терапевт может спросить клиента, чем он думает заменить ИУ, и ждет множества ответов. Конкретный ответ показывает степень понимания стоящего за проблемой механизма. Если клиентам не удается выработать полезное противоположное убеждение, в большинстве случаев они не могут и опровергнуть основные иррациональные элементы своего ИУ. Пример с нашей клиенткой Оливией иллюстрирует, как терапевты определяют ЭУ.

Оливия, 23-летняя студентка магистратуры инженерного факультета, требует отсутствия дискомфорта и отрицательных эмоций, связанных с проблемами в университете. Ее высокие требования состоят в получении хороших оценок.

Т.: Теперь вы видите, каким образом ваше мышление приводит к проблеме и что ваши убеждения относительно экзаменов не имеют смысла. Какие мысли могут противостоять этому вызывающему нарушение убеждению и не приведут к саморазрушительному поведению и (или) нездоровым эмоциям?

К.: Я могла бы подумать, что не так уж плохо получить неудовлетворительную оценку.

Т.: Да, но на самом деле может оказаться именно так уж плохо. Однако сосредоточение внимания на «плохости» – не главная причина вашей проблемы. Вы можете сказать, что действительно опровергает ИУ о том, будто вы должны хорошо учиться?

К.: Вы имеете в виду идею, что я не должна провалиться на экзаменах?

Т.: Да, как размышление о том, что не так уж плохо не сдать экзамен, помогает вам заменить это требование?

Конечно, многие клиенты в состоянии дать ответ в правильном направлении. Но будьте готовы к тому, что некоторые не способны и думать об опровержении ИУ (императив/требование). Обсуждение с Оливией терапевт продолжил следующим образом:

Т.: Что опровергает утверждение «Я должна сдать экзамен»?

К.: Я хочу сдать экзамен.

Т.: Это ваше желание, и если это все, о чем вы подумали, оно превратится в рациональное убеждение. Однако оно не является опровержением или противоположностью утверждения «Я должна сдать экзамен!». Так каков ответ на вопрос: «Что является опровержением утверждения “Я должна сдать экзамен”?»

К.: Ну, я не обязана сдавать экзамен.

Т.: Именно! Теперь это будет полезным убеждением?

Как мы увидим ниже, трудностью, испытываемой клиентами при отказе от иррационального убеждения, является позволение опровержению ИУ занять видное место в формуле ЭУ.

Чем заменить иррациональное Убеждение

Важно понимать, что клиентам часто не удается отличить желание от требования. На пути к цели им кажется, что они не могут желать не требуя, а с другой стороны, требование означает желание. Конечно, это не первый момент в терапии, когда мы объясняем, что желание чего-то отличается от его требования. Однако объяснение не гарантирует, что клиенты будут думать, чувствовать и вести себя в соответствии с этой концепцией. Поэтому при создании ЭУ мы подчеркиваем отличие *желания* от *требования* для усиления первого и снижения второго.

Клиенты могут понять принципы РЭПТ при попытке заменить свои требования предпочтениями. Они переходят от утверждения «Я должен сдать этот экзамен» и «Я не обязан сдавать этот экзамен» к «Я хочу сдать этот экзамен». Тем не менее этого может быть недостаточно для противодействия иррациональному убеждению (требованию). Если дать клиенту предложение, выражающее только хотение, он может снова перевести его в требование. Нам нужно заменяющее убеждение, которое *признает желание, противостоит и противопоставляется* ИУ, блокирует стремление человека раздувать хотение в требование. Австралийский психолог Берджесс (Burgess, 1990) сделал данный тезис очевидным, попытавшись выстроить шкалу рациональных и иррациональных убеждений. Он выразил рациональные убеждения в понятии «хотения» (например, «Я хочу сдать экзамены»), а противоположные им ИУ назвал требованиями (например, «Я должен сдать экзамены»). Предположительно, отражавшие лишь предпочтения рациональные пункты были тесно связаны с пунктами о требованиях. Кроме того, пункты о рациональных предпочтениях коррелировали с показателями нарушенных эмоций почти так же сильно, как пункты о требованиях. Вследствие этого, читая пункты о предпочтениях, люди часто подсознательно и автоматически дополняли их требованием. Они не могли отличить одно от другого. Диджузеппе и соавторы (DiGiuseppe, Leaf, Exner, and Robin, 1988) указывали на необходимость рациональных пунктов, включающих предпочтение и опровержение требования. Такие пункты привели бы к сложным предложениям, включающим предпочтительную и противоположную требованиям установку. Новые рациональные пункты будут выглядеть следующим образом: «Я хочу сдать экзамен, потому что хочу преуспеть, но понимаю, что не обязан этого делать».

Терапевты способны помочь клиентам заменить ИУ не только предпочтением, но и противопоставленным и противостоящим иррациональному убеждению утверждением. В случае с Оливией, хотевшей хорошо сдать экзамен, новое ЭУ звучало бы так: «Я хочу сдать экзамен, но не обязана его сдавать лишь потому, что я этого хочу». Новое замещающее убеждение, поощряемое нами в клиентах, – это противоположность раздувания хотения в требование.

Ниже приведена стратегия, рекомендуемая для формулировки ЭУ. Во избежание разрыва альянса мы нацеливаемся на то, что резонирует в ИУ с клиентом. Это может быть императивное требование или производная. Мы приводим примеры случаев, когда акцент в рациональном мышлении противостоит аспектам императивной требовательности ИУ (с учетом производных убеждений), а если клиент определяет больше одной (несколько) производной, даем примеры случаев, когда акцент сделан

на противостояние производным ИУ, но принимает во внимание и императив. Наконец, обнаружив ИУ, мы определяем шаги для формулировки ЭУ, используя оценку на основе выбора, которую обсудили в главе 9.

Замена императивного Иррационального убеждения эффективным новым убеждением

Сформулировать ЭУ помогает методика, состоящая из трех этапов. На каждом этапе мы будем иметь дело с разными эффектами, возникающими при противостоянии ИУ.

I. Поскольку в начале создания ЭУ клиент еще придерживается ИУ, сначала противодействуем ему с помощью опровержения *долженствования*. ИУ нашей клиентки Оливии *было* следующим: *«Я* ***должна*** *сдать экзамен»*. Мы начали ЭУ с опровержения: *«Мне не обязательно сдавать экзамен»* или *«Я могу принять то, что, возможно, могу не сдать экзамен независимо от того, что случится»*. Обратите внимание, фраза «независимо от того, что случится» помогает клиентке быть открытой любой возможности. Как только Оливия убедит себя в том, что «желаемая ситуация» не *обязательно должна* случиться, она может *захотеть* сдать экзамен, а не *требовать* этого, то есть отказаться от *долженствования*. Акт стремления к достижению предпочтения (желания) открыт для неудачи или только частичного достижения цели, что не соответствует требованию.

II. Затем следует желание: «Хотя я действительно хочу сдать экзамен». Поскольку клиентам трудно различить *требования* и *желания*, у них может сложиться впечатление, что РЭПТ заставляет их отказаться от своих целей или перестать к ним стремиться. Это способно привести их к сопротивлению ЭУ. Мы помогаем им, подчеркивая их стремление к цели. И делаем это, добавляя к ЭУ фразу: «Поэтому я буду усердно работать, чтобы сдать экзамен». До сих пор мы противодействовали требованию и подчеркивали первоначальное желание, не смешивая его с требованием. Эта последняя часть фразы может активизировать стремление клиента к желанию необходимым для его достижения способом.

III. Поскольку существование ИУ (императив/требование) является результатом срыва (сильного) желания, мы ожидаем, что оно произойдет и здесь. Возобновление сильного желания способно восстановить и требовательное ИУ. Поэтому мы добавляем возможность не добиться успеха и повторяем ее для максимизации принятия, а затем следует противостоящая иррациональной производной ИУ рациональная оценка, которую клиент, скорее всего, поддержит. Это приводит к следующей, добавленной к ЭУ фразе: *«...но если я не сдам экзамен, ничего не поделаешь, я смогу с этим жить (смогу это вынести, смогу выдержать). Это не делает ни меня, ни еще кого-то ничтожеством, а мир паршивым местом»*.

Следующий диалог с нашей клиенткой Оливией показывает, как ей не удалось различить требование и желание при создании ЭУ.

К.: Я не хочу мириться с неудачей и отказываться от сдачи экзамена.

Т.: Согласен, я тоже не хочу, чтобы вы так поступали. Это одна из причин, почему вам было трудно отказаться от своего требования. Вы думаете, что в случае отказа от требования должны отказаться от своего желания и перестать работать над его воплощением. Отказ от требования отличается от смирения с неудачей и отказа от серьезной работы для получения желаемого. Я только предлагаю вам прекратить вкладывать энергию в возникающее в результате требования эмоциональное

расстройство, приводящее к негативным последствиям для вас и ничего не делающее для помощи в достижении желаемого.

Подводя итог этапам формирования ЭУ для ИУ (императив/требование), можно сформулировать следующее: а) опровержение долженствования; б) подтверждение желания; в) разработка поведенческого подхода для достижения желаемого, а затем повторное опровержение долженствования; г) работа против непереносимости фрустрации (НФ), катастрофизации или обесценивания себя, других или мира, что может идти вразрез с исполнением желания.

Замена производного Иррационального убеждения на эффективное новое убеждение

Рассмотрим ЭУ, противостоящие ИУ (производным убеждениям). Позвольте продолжить пример нашей клиентки Оливии и ее озабоченности возможной неудачей при сдаче экзамена. Предположим, она склонна к обесцениванию себя и думает: *«Я должна сдать экзамен, иначе я тупая»*. Одним из альтернативных ЭУ было бы подтверждающее ее самопринятие утверждение, например: *«Я могу принять себя (я не тупая, даже если провалю экзамен)»*. Кроме того, мы можем задуматься о трех альтернативных ЭУ, напрямую противостоящих ее самообесценивающим и более выраженным ИУ:

I. Первое противостояло бы убеждению, что она никчемна в случае провала, например: «Я действительно хочу сдать экзамен, но, если провалюсь, я не тупая и могу себя принять».

II. Более фундаментальное ЭУ подтверждает и противостоит связи между требованием и обесцениванием себя: «Мне необязательно сдавать экзамен, но я действительно хочу его сдать, а если провалюсь, я не тупая».

III. Мы можем закончить это ЭУ тем же, что и в случае с ИУ (императив/требования), добавив попытку достичь этого желания: «Мне необязательно сдавать экзамен, хотя я действительно хочу его сдать. Поэтому я буду усердно работать над этим. Однако, если я все равно провалюсь, ничего не поделаешь. Провал не делает меня тупой, и я все еще могу себя принять». Обратите внимание, что ЭУ – сложное утверждение длиной более одного предложения. Это необходимо, чтобы помочь клиенту научиться понимать все различия между иррациональным и рациональным мышлением.

Следующим шагом могло бы стать создание ЭУ для обесценивающей других производной ИУ. Предположим, Оливия также разозлилась на составившего и проводившего экзамен профессора. Ее ИУ звучит так: «Поскольку я не сдала экзамен, составленный профессором, он козел». Одним из альтернативных ЭУ будет утверждение, подтверждающее принятие другого как личности – в данном случае составившего трудный экзамен экзаменатора: «Мой профессор (составивший экзамен) – не козел (я могу принять его как личность, даже если провалила экзамен)»:

I. Первое ЭУ противостояло бы убеждению в осуждение других – профессор козел, потому что составил трудный экзамен, – звучит: «Я действительно хочу сдать экзамен, но если я провалю экзамен, который составил профессор, он не козел (я все еще могу принять его)».

II. Более фундаментальное ЭУ, подтверждающее и противостоящее связи между требованием и производной убеждения в осуждение других, выглядит так: «Я действительно хочу сдать экзамен, но не обязана этого делать; и, если я провалю экзамен, составленный профессором, он не козел (я могу принять его как личность)».

III. Кроме того, мы можем закончить данное ЭУ, добавив попытку достичь желания. Тогда оно звучит так: «Я действительно хочу сдать составленный

профессором экзамен, но не обязана его сдавать. Поэтому я буду очень усердно работать над этим, но, если провалюсь, ничего не поделаешь, и это не сделает профессора козлом (я могу принять его как личность)».

Мы можем сделать то же самое для ЭУ, противостоящих и заменяющих ИУ о катастрофизации, например: «Ужасно, если я провалю составленный профессором экзамен». Краткое ЭУ звучит так: «Если я провалю составленный профессором экзамен, мне не повезло». Повторимся, мы считаем, что этот тип ЭУ допускает возможность превращения клиентом негативной оценки ситуации в катастрофу, когда он думает: «Кошмарно и ужасно, если я провалю составленный профессором экзамен». Более правильное ЭУ:

I. «Не кошмарно и не ужасно, если я провалю составленный профессором экзамен, хотя я действительно хочу сдать его; если мне не удастся сдать составленный профессором экзамен, то мне не повезло». Такая формулировка противостоит катастрофизации. Противостоящее связи между катастрофизацией и требованием убеждение будет следующим:

II. «Мне необязательно сдавать составленный профессором экзамен, хотя я действительно хочу его сдать, но ничего ужасного, если я его провалю. Тогда мне не повезет и будет очень жаль».

III. И снова добавление попытки поведенческого осознания того, что хотение является частью ЭУ: «Мне необязательно сдавать составленный профессором экзамен, хотя я действительно хочу его сдать. Поэтому я очень постараюсь сделать это, но, если все равно провалюсь, будет жаль, но ничего ужасного».

Для завершения процесса нужно создать ЭУ, противостоящее *производным иррационального убеждения в непереносимости фрустрации*: «Я не могу вытерпеть (вынести) провала на экзамене». Здесь краткая версия ЭУ подтверждает, что человек может выдержать или вынести провал на экзамене: «Я могу вынести провал на составленном профессором экзамене».

I. Противостоящее убеждению в непереносимости фрустрации ЭУ выглядит так: «Если я провалю экзамен, я достаточно сильна, чтобы вынести это, и могу вытерпеть провал, хотя действительно хочу сдать экзамен».

II. ЭУ, которое также противостоит связи между требованием и производной убеждения в нетерпимости к фрустрации, может быть следующим: «Мне необязательно сдавать экзамен, хотя я действительно хочу его сдать. Но если я провалю его, я достаточно сильна, чтобы вынести это, и могу вытерпеть провал».

III. Добавление попытки поведенческого достижения хотения приводит к следующему ЭУ: «Мне необязательно сдавать экзамен, хотя я действительно хочу его сдать. Поэтому я буду очень стараться сделать это, но, если провалюсь, ничего не поделаешь; я достаточно сильна, чтобы вынести это, и могу вытерпеть провал».

Обратите внимание, что во всех упомянутых ЭУ мы добавили в конце попытку поведенческого достижения хотения. Это не всегда возможно. Например: «Я действительно хочу, чтобы завтра было солнечно». Мы не можем сказать: «…и поэтому я буду очень стараться, чтобы завтра было солнечно». В подобных случаях формулируем ЭУ так: «А если завтра пойдет дождь, ничего не поделаешь, я могу вынести это (жить с этим, это не ужасно)».

Создание эффективного Нового убеждения из оцененного на основе выбора иррационального Убеждения

Используя основанную на выборе технику для оценки и оспаривания иррациональных убеждений, терапевты формулируют часть ЭУ уже после оценки ИУ. Во время оценки мы обнаружили важность некоторых аспектов А для клиента. Например, в случае с Оливией это была сдача экзамена. Выражение важного для клиентов содержания в форме желаний может привести к РУ, например: «Поскольку это для меня очень важно, я действительно хочу сдать экзамен». Исходя из этого желания, мы предлагаем клиенту два варианта: добавляя к РУ императивную часть (абсолютное долженствование) либо принимающую часть (гибкое «я не обязан»). Выбор № 1 содержит ИУ: «Поскольку это для меня важно, я действительно хочу сдать экзамен и поэтому обязательно должен это сделать». Выбор № 2 звучит: «Хотя я очень хочу сдать экзамен, поскольку это для меня важно, мне необязательно это делать». После оспаривания выбора № 1, сравнив его с выбором № 2 и выбрав вместе с клиентом рациональный и гибкий альтернативный вариант № 2, мы, однако, не имеем полного ЭУ, как описывалось выше.

В этом случае полная рациональная противоположная мысль звучит так: «Я действительно хочу сдать экзамен, потому что это для меня важно. Однако мне необязательно это делать, хотя я очень этого хочу. Поэтому я буду усердно работать, чтобы сдать экзамен. Однако, если провалюсь, ничего не поделаешь, я могу жить с этим (анти-НФ), и это никогда не сделает меня глупее (антиобесценивание себя), профессора – хуже (антиобесценивание других), а мир – паршивым местом для жизни (принятие условий жизни)».

Заканчивая оспаривание с использованием основанной на выборе оценки В, мы оказываемся на полпути к формулировке ЭУ, заменяющего ИУ (императив/требование).

Начинающим РЭПТ-терапевтам требуется практика в построении многих форм ЭУ для противостояния ИУ клиентов. На сессии у нас часто нет времени на рефлексию о том, какими будут ЭУ. Терапевты могут практиковаться в создании всех обсужденных выше типов ЭУ. Таблицу 12.1 читатель может использовать для создания ЭУ. Здесь мы представили заполненную версию бланка со всеми ЭУ для набора иррациональных убеждений, в приложении 5 вы найдете чистый бланк. Рекомендуем распечатать данную таблицу и вписать в нее ЭУ, противостоящие ИУ, для нескольких ваших клиентов перед следующей сессией с ними.

Таблица 12.1. Заполненный бланк для создания эффективных рациональных новых убеждений

Эффективное рациональное новое убеждение					
иррациональное убеждение	**императивная когниция:** ***требование или долженствование***	**производная когниция:** ***обесценивание себя***	**производная когниция:** ***обесценивание других***	**производная когниция:** ***катастрофизация***	**производная когниция:** ***непереносимость фрустрации***
Произнося речь, я не должен заикаться, иначе другие подумают, что я никчемен, и это умалит мою ценность	1. Я могу принять себя и позволить себе заикаться во время произнесения речи, сколько хочу	1. Я очень хочу не заикаться во время произнесения речи, но если заикаюсь, это не умаляет мою ценность (я все еще принимаю себя)	1. Я очень хочу не заикаться, но если заикаюсь во время произнесения речи, когда на меня смотрят другие люди, это не делает их никчемными	1. Не страшно, что я заикаюсь во время произнесения речи, хотя я очень хочу не заикаться. Если я заикаюсь, мне просто не повезло	1. Я могу вынести заикание во время произнесения речи, но очень хочу не заикаться
Я не могу выносить своего заикания во время произнесения речи, ужасно заикаться в такой ситуации	2. Я могу принять себя и позволить себе заикаться во время произнесения речи, хотя очень хочу не заикаться. Я сделаю все возможное, чтобы не заикаться	2. Я могу принять себя и позволить себе заикаться во время произнесения речи, хотя очень хочу не заикаться. Но если я заикаюсь, это не умаляет мою ценность (я все еще могу принять себя)	2. Я могу принять себя и позволить себе заикаться во время произнесения речи, хотя очень хочу не заикаться. Но если я заикаюсь, это не делает других никчемными	2. Я могу принять себя и позволить себе заикаться во время произнесения речи, хотя очень хочу не заикаться. Но если я заикаюсь, это не ужасно, не несчастье и не разочарование	2. Я могу принять себя и позволить себе заикаться во время произнесения речи, но очень хочу не заикаться. Но, если я заикаюсь, могу вытерпеть это
Так как я заикаюсь, когда другие смотрят на меня во время произнесения речи, они никчемны	3. Я могу принять себя и позволить себе заикаться во время произнесения речи, хотя очень хочу не заикаться. Я сделаю все возможное, чтобы не заикаться, но если заикаюсь, это не умаляет мою ценность	3. Я могу принять себя и позволить себе заикаться во время произнесения речи, хотя очень хочу не заикаться. Я сделаю все возможное, чтобы не заикаться, но если заикаюсь, это не умаляет мою ценность, и я могу принять себя	3. Я могу принять себя и позволить себе заикаться во время произнесения речи, когда другие на меня смотрят, хотя я очень хочу не заикаться. Я буду стараться не заикаться, но если заикаюсь, это не делает других никчемными	3. Я могу позволить себе заикаться во время произнесения речи, хотя очень хочу не заикаться. Я буду стараться не заикаться, но если заикаюсь, это не ужасно, не несчастье и не разочарование	3. Я могу принять себя и позволить себе заикаться во время произнесения речи, но очень хочу не заикаться. Я буду стараться не заикаться, но если заикаюсь, могу вытерпеть это

Мы представили несколько ЭУ для противостояния одному и тому же ИУ. Начинающему терапевту может быть сложно определить, какой из них выбрать. Мы показали разницу между элегантным и неэлегантным решением как разницу между оспариванием иррациональных убеждений и оспариванием лишь сделанных клиентом выводов и атрибуций. Здесь разница состоит в полноте ЭУ, которым мы заменяем ИУ. Мы заметили, что клиенты по-разному используют предложенные нами формы ЭУ. Старайтесь не начинать с самых простых и слабых. Посмотрите, как далеко вы способны зайти с клиентом, и на его реакцию на ЭУ. Некоторые клиенты возражают против более простых форм. В этих случаях вы можете перейти на усиленное ЭУ. Другие могут высказывать претензии к более сложным ЭУ. Таким клиентам стоит предложить более простой вариант, чем тот, который вы уже дали, поощряя их использовать оба.

Как вспомнить сложное предложение

Мы признаем существование некоторых практических проблем, касающихся изложенных нами ЭУ. Все они – сложные предложения, поэтому их трудно удержать в кратковременной или рабочей памяти. Если клиенты не смогут удержать ЭУ в рабочей памяти, не смогут их отрабатывать и вряд ли вспомнят, столкнувшись с проблемным активирующим событием.

Эффективный способ запомнить ЭУ – пересказать утверждение своими словами. Инструкция, предлагаемая для клиента: «Слова в ЭУ еще необязательно ваши. Можете ли вы пересказать его своими словами? Я проверю, сохранилось ли то же значение у вашего ЭУ».

Чтобы помочь клиентам отработать ЭУ в ситуациях, с которыми им предстоит справиться, мы просим их распечатать ЭУ дома на карточке. Они могут принести его на следующую сессию и носить с собой, куда бы ни отправились. Мы просим клиентов класть карточки в такие места, где удобно отрабатывать ЭУ, прежде чем столкнуться с проблемным А. Клиенты могут также сохранить ЭУ в смартфонах и получать напоминание, когда его нужно прочитать. Можно запрограммировать смартфоны так, чтобы напоминание появлялось через регулярные промежутки времени для отработки или периодически, в ожидании неприятных А, с которыми ЭУ помогло бы справиться. Наконец, клиенты могут разместить ЭУ на рабочем столе своего компьютера.

Терапевты помогают клиентам справиться с длиной ЭУ, объяснив, что сложное предложение – своего рода антибиотик широкого спектра действия и охватывает почти все, однако все и сразу не нужно. Таким образом, небольшая часть ЭУ может сделать свою работу. При этом следует сохранять в памяти все ЭУ, если отдельная часть перестает работать.

Проверка нового убеждения

После создания ЭУ важно определить, что может сделать с ним клиент и что ЭУ может сделать для клиента. Некоторым трудно даже произнести ЭУ вслух, потому что оно противоречит их чувствам. Когда клиенты не могут произнести ЭУ, лучше вернуться к связи B→C и еще раз пояснить, как они мешают себе, придерживаясь конкретного ИУ. Когда они пытаются, но не могут произнести ЭУ, задание повторяется до тех пор, пока это не удастся. Кроме того, в данном случае полезно вернуться к некоторым частям этапа диспутирования. Повторимся: когда клиенты увидят, что их убеждение иррационально и вызывает C, их можно спросить, что стало бы радикальным опровержением ИУ. Мы могли бы найти другое ЭУ, более приемлемое для клиента, но соответствующее теории РЭПТ. Наш опыт показывает, что в большинстве случаев клиенты в конечном итоге произносят ЭУ, однако не чувствуют себя с ним комфортно. Повторение терапевту ЭУ несколько раз убедительным тоном тоже помогает ситуации. Терапевт просит клиента заявить о своем ЭУ так, словно он – адвокат, защищающий его в зале суда. Кроме того, можно еще раз объяснить, что процесс изменения не прост и включает моменты дискомфорта, например такие, как этот.

Далее мы оцениваем, что происходит с эмоциями и поведением клиентов при отработке нового ЭУ. Результаты могут различаться. Некоторые скажут, что, произнося ЭУ, не чувствуют разницы. Но большинство ощутит некоторое влияние на свои эмоции или поведение: «Оно действительно дает мне большую свободу действий» или «Если бы я поверил в него, не стал бы откладывать столько дел на потом». Объясните клиентам, что частое использование новой мысли помогает усилить относительно небольшие переживаемые на сессии изменения в чувствах или поведении. Особенно эффективно использование ЭУ в моменты, когда клиенты думают о событии (A) или при наступлении сходного события.

Клиенты могут по-прежнему не чувствовать разницы в своих эмоциях или действиях даже после произнесения ЭУ вслух. Отсутствие желаемого эффекта вызывают несколько факторов. Во-первых, клиенты могут произносить ЭУ неубедительно. Прислушайтесь, произносит его клиент через силу или убежденно. Зачастую ЭУ произносится тоном, указывающим на то, что оно не является частью клиента, или с интонацией, передающей, что это делается исключительно для терапевта. Клиенты могут возразить, что для них не естественно думать о ЭУ и что они не могут произнести его убедительно. Терапевты могут попросить их сделать все так, будто оно уже являются их частью, и они убеждены в нем. Сделав так, клиенты порой удивляются, насколько сильно это (неожиданным образом) влияет на чувства или поведение. Хорошим примером того, каким неожиданным может быть эффект от убежденного произнесения ЭУ через силу, является следующая история.

На групповой терапии клиентка не могла убедительно произнести ЭУ, тогда члены группы диспутировали ее поведение и предложили принести на следующую сессию аудиозапись с произнесенным ею ЭУ. На следующую сессию она пришла с записью и сказала, что произошло «странное». Женщина делала запись дома, очень старалась наговорить ЭУ на диктофон. Результат был таким же, как ранее, – ЭУ не

влияло на эмоции. Поскольку группа настойчиво предлагала ей записать ЭУ, она решила прослушать запись. К большому удивлению, произносящий ЭУ голос убедил ее, она внезапно почувствовала реальное влияние на депрессию. Иногда клиентам стоит сделать запись, на которой они четко произносят ЭУ, и проверить, не убедит ли она их, или попробовать другие нестандартные методы, например громкое произнесение ЭУ перед зеркалом либо попытка убедить в нем кого-то еще.

Кроме того, клиенты могут возражать против одной части ЭУ, одновременно извлекая выгоду из других. Терапевт способен определить полезную часть, тщательного расспросив клиента, что именно в ЭУ вызывает у него возражения. Такие обсуждения иногда приводят ко вскрытию нового ИУ. В этом случае терапевт должен повторить цикл заново, начав с недавно обнаруженного ИУ, и провести с клиентом диспут.

Наконец, есть вероятность сопротивления, вызванного НФ или нетерпеливостью. Рассмотрим диалог с клиентом:

К.: Я все еще чувствую тревогу по этому поводу!

Т.: Да, я ожидал этого, но это задание должно стать первым шагом на пути изменений. Итак, почувствовали ли вы какую-нибудь разницу при отработке нового убеждения?

К.: Да, разница есть, но не сильная!

Т.: Именно этого мы и добиваемся. Нет необходимости менять все и сразу!

Этот диалог показывает важную часть проблемы при отсутствии изменения – вторичный или мета-уровень: «Я не могу выносить того, что моя проблема не решается вся и сразу». Другой способ, которым клиенты могут демонстрировать свою НФ, это сказать:

К.: Да, я вижу, что если бы мог так думать, это помогло бы мне. Но как я могу так думать?

Т.: Вы говорите о своих мыслях, будто они не являются частью вас, словно вашим разумом управляют марсиане. Как думаете, вы можете сделать что-нибудь с тем, как думаете, в принципе? У вас есть возможность думать иначе?

К.: Вероятно, есть, но это не значит, что я немедленно в это поверю.

Т.: Это и не требуется. Вы только работаете над тем, чтобы убедить себя.

Почему клиенты используют иррациональные убеждения

Клиенты часто сознают негативное влияние своего мышления на чувства и поведение, но продолжают использовать ИУ. Чтобы помочь им противостоять ИУ, терапевту полезно знать, почему они придерживаются убеждений, наносящих вред. Зачастую можно обнаружить получаемые от иррационального мышления преимущества. Однако найти их обычно сложнее, чем иррациональные убеждения. Последние часто приводят к краткосрочному вознаграждению и средне- и долгосрочным проблемам. Пример: «Я не могу этого вынести, это не должно быть так сложно». Иррациональное убеждение создает установку, что это очень трудно выполнить, это не может быть выполнено, потому что сложно. Значит, это делать необязательно. В краткосрочной перспективе клиенту удается избежать связанных с этим трудностей и фрустрации. Избегание дает краткосрочное преимущество, а средне- и долгосрочным недостатком является, конечно же, то, что клиент не делает того, что хочет сделать, и того, что в его интересах.

Марджолайн считает, что с ее парнем не должно случаться ничего плохого. Это приводит к тревоге. Она понимает, что своими мыслями не может повлиять на происходящие события, и тем не менее продолжает так думать. Пытаясь отработать ЭУ «Я могу принять, что с моим парнем может случиться что-то плохое (каким бы плохим оно ни было)», слыша себя, она тут же говорит: «Нет, такого не должно случиться!» Она задала терапевту вопрос, почему продолжает так думать.

Т.: Возможно, у такого мышления есть преимущество, кроме недостатка, заключающегося в вашей тревоге. Иначе вы не стали бы так думать.

К.: Я не вижу никаких преимуществ.

Т.: Допустим, вы не думаете: «С моим парнем не должно случиться ничего плохого». Что с вами будет?

К.: Если с ним случится что-то плохое, я очень расстроюсь, так как позволила этому случиться.

Т.: Итак, вы видите продолжение своих мыслей о том, что можете воздействовать на плохие события, не принимая их?

К.: Да, но я знаю, что это не так.

Т.: Но вы не думаете, не чувствуете и не ведете себя так, будто это правда. Вы не можете отпустить эту мысль, потому что не принимаете свою неспособность влиять на происходящее.

К.: Точно.

Т.: Как бы вы себя чувствовали, если бы полностью приняли эту неспособность?

К.: Кошмарно. Мне пришлось бы отпустить моего парня. А я не могу!

Т.: Вы не хотите. Но можете. Значит, вы думаете, что, пока не отпустите его в своей голове, он не сможет уйти и не уйдет в реальности. Разве не в этом преимущество удержания своей тревоги, провоцирующей эту веру? Тогда вам не нужно открываться возможности потерять своего парня – идее, которую вы считаете невыносимой.

К.: Значит, вера в то, что «этого не должно произойти» защищает меня от идеи, что это может произойти. Не очень эффективно в долгосрочной перспективе! Но теперь я понимаю, почему придерживаюсь этого убеждения.

Т: И теперь вы можете действительно избавиться от этой идеи и вашей тревоги.

Помощь клиентам в использовании эффективного нового убеждения

Понимать ЭУ и чувствовать его результаты – одно, а тренировать себя в вере в него, усвоить его и превратить в автоматическую реакцию на неприятные активирующие события – другое. Зачастую клиенты не слишком стараются отрабатывать ЭУ самостоятельно и могут понять важность его постоянного повторения, пока оно не стало привычкой. Тем не менее они редко занимаются этим и не дисциплинируют себя на отработку. Терапевты могут отследить, как клиент использует ЭУ, в течение нескольких сессий. После формулировки ЭУ и проверки его эффективности клиенту способна помочь мотивация следующей метафорой: «Представьте, что Таймс-сквер в Нью-Йорке на самом деле находится в вашей голове и что все идущие по нему люди – ваши чувства, мысли и поведение. А на рекламном билборде, где обычно показывают новости, транслируется ваше ИУ. Таким образом, все на Таймс-сквер могут его видеть и, запомнив, унести с собой. Если бы вы могли использовать все средства, которые использует правительство ради влияния на то, что думают граждане, как вы обеспечили бы то, чтобы (почти) все люди на Таймс-сквер отправились домой с другим посланием, а именно с вашим ЭУ? Ваши размышления о том, что вы можете сделать, ограничивает несколько правил. Вы не в силах заставить управляющего билбордом человека изменить текст. Вы не можете закрыть ваш ИУ чем-то другим. Наконец, вы не можете убрать билборд. Иначе говоря, текст будет продолжать на нем появляться. Теперь что можно сделать, чтобы люди отправились домой с новым ЭУ?».

Дав клиенту некоторое время на обдумывание идеи, мы можем затем предоставить ему следующее решение, если он не обнаружил его сам: разместить на Таймс-сквер другие билборды, похожие на оригинальные, но показывающие ЭУ. Только понадобится не два-три, а тысяча билбордов. Тогда большинство людей на Таймс-сквер получат правильное послание. Теперь вы можете сделать то же самое в своей голове, чтобы повлиять на ваши мысли. Как бы вы это сделали?

Мы можем сказать клиентам: «Не удивляйтесь, что иногда эффективное новое убеждение не работает так эффективно, как вы надеялись. Вам придется потратить на убеждение себя больше энергии, чем вы ожидаете, и упорно тренировать ЭУ, прежде чем оно заработает».

Еще один важный инструмент, который могут использовать терапевты для помощи клиенту в интеграции ЭУ, – следить за тем, что он делает с ЭУ между сессиями. Следующий диалог с клиентом показывает, как это делается.

Т.: Наила, что вы сделали с новым убеждением, которое мы создали в прошлый раз?

К.: Ну, я распечатала его и несколько раз смотрела на него. В большинстве случаев я могла его вспомнить, когда дети меня не слушались.

Т.: А что происходит, когда вы говорите себе это новое убеждение?

К.: В большинстве случаев я успокаиваюсь, но иногда нет. Может, мне помогло бы, если бы оно было у меня под рукой. Оно лежит у меня в спальне, и я не могу

воспользоваться им в критические моменты, когда дети не делают того, что я от них хочу, и из-за этого я злюсь.

Т.: Что вы можете с этим сделать?

К.: Как вы сказали, я могла бы положить распечатанное предложение в свой кошелек или в карман.

Мониторинг прогресса клиентов сообщает о том, что использование ими нового убеждения (ЭУ) имеет значение и что важно их серьезное отношение к процессу изменений. Психологические проблемы у многих клиентов возникают потому, что они не тратят времени на решение эмоциональных или поведенческих проблем. Терапевтам лучше показать им, что они несерьезно относятся к собственным психологическим проблемам, так как не уделяют им достаточно времени, энергии и внимания, и что лучше изменить свое отношение.

Проблема выбора

На этапе Е терапевты несколько раз совершают выбор. Во-первых, они могут позволить создавать ЭУ клиентам или делать это вместо них. Что лучше – вопрос эмпирический. После прохождения последовательности ABCD у врача может не хватить времени на проведение клиента через финальный этап с использованием сократовского диалога. Следовательно, возникает вопрос, дать ли клиенту шанс покинуть сессию с новым ЭУ. Мы считаем, лучше, если клиенты уходят с новым ЭУ, чтобы видеть преимущества анализа ABCDE. Однако есть люди, которые предпочитают иметь больше времени на следующей сессии для построения нового, эффективного рационального убеждения.

Ниже приведено начало формулировки нового ЭУ с клиенткой Марике, решающее проблему ограниченного времени сессии.

К.: Да, я вижу ошибочность многих моих мыслей о том, что я должна иметь отношения с мужчиной и быть им любимой, прежде чем стану достойным человеком. Но как я могу изменить убеждения по этому поводу?

Т.: Поскольку мы почти закончили работу на сегодня, можем заняться ими на следующей сессии или быстро перейти к ним сейчас. Сделав это сейчас, вы сможете в какой-то степени поработать с иррациональным мышлением в течение всей недели, или, если мы займемся ими в следующий раз, когда будет больше времени, вы сможете придумать альтернативные мысли самостоятельно. Что предпочитаете?

К.: Я хочу сделать это сейчас, так как могу попытаться избавиться от мыслей о собственной неполноценности и сделать что-то с тем, что у меня нет партнера.

Формулировка ЭУ – важная часть процесса РЭПТ, именно здесь происходят когнитивные изменения. Еще это время, когда мы видим, способно ли предлагаемое изменение помочь клиенту и будет ли он использовать ЭУ для своей пользы. Часто разнообразные препятствия мешают клиенту в полной мере получить пользу от проделанной работы. Это может дать терапевту новую ценную информацию о структуре убеждения, удерживающей клиента в нездоровом паттерне поведения и чувств. Поэтому мы рекомендуем не спешить и потратить время на формулировку ЭУ с клиентом.

Второй выбор касается типа ЭУ, который мы хотим предложить клиенту. При обсуждении нового убеждения терапевт может оставить ЭУ в том виде, в котором его формулирует клиент, или использовать ЭУ, которое он сам изначально предложил. Кроме того, клиент и терапевт могут обсудить, насколько «тщательно» хотят сформулировать ЭУ. Иногда терапевты предпочитают создавать менее влиятельное ЭУ. Быть осторожным – хорошо, но задумаемся о том, что процесс терапевтических изменений основан на переходе от обычных привычек в зоне комфорта к менее комфортным способам реагирования или действиям в непростых обстоятельствах. Таким образом, мы хотим дать клиентам возможность создать более полное из возможных ЭУ. Вначале они могут не испытывать энтузиазма по поводу создания развернутого ЭУ, но, если не попробовать, они никогда не зайдут так далеко самостоятельно.

Пример:

К.: Я пыталась использовать убеждение, что «могу принять себя и позволить себе не сдавать экзамен», но я слишком далека от этого. Я использую формулировку: «Я хочу сдать экзамен, но не обязана это делать».

Т.: Если она работает вам на пользу, я, безусловно, советую вам ее использовать. Вероятно, позднее вы сможете узнать, работает ли другая часть, но если нет, продолжайте использовать эту.

Возвращение к менее конфронтационному ЭУ может быть сделано без ущерба. Переход к более объемному ЭУ может быть осуществлен без больших затруднений, до тех пор пока клиент имеет право говорить об этом и выбирать.

Возможно, придется повторить все этапы (A, B, C и D)

Во время работы над E можно ожидать, что каждый этап – A, B и C – претерпит изменения из-за формулировки ЭУ. Обнаружив новое B, придется переделать и D.

Блок 12.1

Не удивляйтесь, обнаружив новые части ИУ или даже новые ИУ, появляющиеся во время формулировки ЭУ. Иногда мы видим клиентов, выдвигающих на этапе ЭУ самоуничижительные заявления, которые они не упоминали ранее. Наш клинический опыт показывает, что клиентам трудно сознаться себе в несовершенстве или признать, что они плохо о себе думают. Поэтому такое может произойти в конце процесса, когда они почувствуют себя достаточно уверенно, чтобы поделиться с нами подобными мыслями.

C (эмоциональные и поведенческие следствия) можно изменить, обнаружив, как мы рассмотрели выше, обесценивающие себя или других утверждения. Новое C способно быть чувством депрессии из-за обесценивания себя, в то время как обесценивающее других утверждение в B, вероятно, приведет к гневу по отношению к другим. Иногда только что обнаруженное C даже сильнее первоначального. Мы можем столкнуться с совершенно новым, а иногда и более важным аспектом проблемы клиента. Тот факт, что можно найти новые A, B и C во время этапа E, порой удивляет начинающих терапевтов, однако вскрытие ABCDE – постоянный процесс, даже при обсуждении одной и той же проблемы.

Глава 13

Эвокативные, образные и поведенческие стратегии изменения

Когнитивное диспутирование – не единственная техника, используемая РЭПТ для содействия изменениям. Терапия давно выступает за использование визуализации с целью изменить иррациональные убеждения клиентов. Кроме того, такое преобразование малозначительно, если клиент не меняет поведение и эмоции. Стратегии прямого изменения поведения являются важным компонентом такой терапии. Эмотивные/эвокативные стратегии тоже были частью терапии. Собственно говоря, ранние работы Эллиса (Ellis, 1958) описывали РЭПТ как интегративную форму психотерапии.

Эвокативные, эмотивные техники

Альберт Эллис (Ellis, 1994, 2002) и другие авторы РЭПТ часто говорят, что РЭПТ использует когнитивные, поведенческие, визуальные и эмотивные техники. Что они подразумевают под эмотивными техниками? Если эмоции являются объектом перемен, как их можно изменить без участия когниций, поведения или образов? Просматривая сочинения Эллиса и вспоминая свой опыт общения с ним, мы пытались выяснить, что он имел в виду под эмотивной терапевтической техникой. Эмотивные техники включают некоторые виды деятельности, вызывающие целевую нарушенную эмоцию или новую альтернативную адаптивную эмоцию. Эллис (Ellis, 1955) первоначально называл свою терапию РТ (рациональной терапией). Для подчеркивания эмотивных аспектов терапии он быстро изменил название на РЭТ, одновременно с публикацией «Разума и эмоций в психотерапии» (Ellis, 1962). Таким образом, вызов эмоций и подчеркивание связей между ними и убеждениями опытным путем всегда были частью данной системы. Вызывая нарушенные отрицательные эмоции своих клиентов, терапевты с большей вероятностью заставляют их переживать убеждения, которые на самом деле связаны с эмоциями. Ставя под сомнение ИУ или отрабатывая ЭУ, даже испытывая нарушенную эмоцию, клиент учится решать проблему, с которой столкнется в реальном мире. То есть он меняет убеждения, пребывая в расстроенном состоянии. Бесстрастное, логическое оспаривание ИУ клиентов может быть философски правильным, но игнорирует присущую человеку силу убеждения. Свободное от эмоций обсуждение целесообразности или истинности иррациональных убеждений может стать хорошим началом процесса оспаривания. Однако со временем клиенту придется поставить под сомнение или заменить убеждение, столкнувшись с проблемным активирующим событием и переживанием нарушенной эмоции. Джером и Джулия Франк (Frank and Frank, 1991) в своей классической книге указывали, что терапия – это сила убеждения. Чтобы убедить клиента отказаться от своих ИУ, усвоить ЭУ и начать вести себя по-новому, терапевту лучше использовать привлекающие внимание, пробуждающие воспоминания эвокативные и вызывающие эмоции техники.

В данном разделе мы обсудим некоторые эвокативно-убедительные и вызывающие эмоции техники. Робб и Бакс (Robb and Backx, 1999) определяли эмоциональные вмешательства как постановку ИУ под сомнение или отработку ЭУ «со стоящей за вашими словами силой [убеждения]». РЭПТ-терапевты используют убедительные диспуты несколькими способами. Они меняют интонации, порой пускают в ход ненормативную лексику, а иногда поощряют клиента практиковаться и отрабатывать убедительное диспутирование в ролевых играх.

Интонация. Если вы когда-нибудь слушали аудиозаписи проводящего терапию Альберта Эллиса, один из первых замечаемых отличительных признаков – изменение интонации его голоса при определении, диспутировании или произнесении иррациональных и рациональных убеждений. Всякий раз, проговаривая одно из обозначающих иррациональные понятия слов («ужасный», «кошмарный», «следует» или «необходимо»), он с помощью голоса подчеркивал

значение ИУ, повышая тон и говоря громче, а также удлиняя и укорачивая слоги в словах. Эти паралингвистические особенности сопровождались жестами.

• Почему люди Д-Д-ДОЛ-Л-ЛЖ-Ж-ЖН-Н-НЫ вас любить?

• Почему УЖ-Ж-ЖА-АС-С-СН-Н-НО, что вы не получили желаемое?

Позднее, заменив слово «ужасный» на «неудачный» или «потребность» на «хотение», Эллис снова произносил теперь отражающие рациональные понятия слова совершенно иным образом: проговаривал ключевое слово медленно, очень четко, с повышением тона и громкости. Так разные звуковые раздражители связывались с разными понятиями, что делало их более заметными для слушателя и легче запоминающимися. Когда он предлагал, повторял или указывал на рациональное альтернативное убеждение, его голос менялся. Он понижал тон и громкость до более расслабленного, приятного звучания, отражающего эмоциональную цель клиента. Эти паралингвистические особенности сопровождали сложенные руки и снижение мышечного напряжения всего тела.

Паралингвистические и соматические визуальные сигналы соединяют разные убеждения с разными эмоциональными состояниями (Ellis, 2002). Они помогали научить пониманию связи между B и C, позволяли клиенту воспринимать изменения в аффекте, сопровождавшем когнитивные изменения. Чтобы научить и убедить клиента измениться, Эллис использовал мультисенсорную технику. Хотя мы не рекомендуем подражать в этом ему или другим известным наставникам РЭПТ, полезно использовать одну и ту же мультисенсорную технику, чтобы подчеркнуть разницу между иррациональными и рациональными убеждениями, а также их следствиями для человеческих эмоций. Найдите паралингвистические и невербальные средства, выражающие ваше подлинное «я» и служащие той же цели.

Привлечение внимания клиента имеет решающее значение при необходимости сделать важное замечание. Следите за стилем общения. Если вы говорите быстро и громко и хотите сделать замечание, резко понизьте голос и замедлите темп. Если обычно говорите тихо, повысьте тон и скорость речи. Другими словами, изучайте себя и будьте готовы менять окраску собственной речи.

Вторая стратегия заключается в обозначении важного понятия содержанием речи и жестами. Как и при обучении ассертивности наклон корпуса вперед, прикосновение к руке клиента и хороший зрительный контакт являются эффективными невербальными сигналами.

Использование нецензурной лексики. Другим аспектом стиля, к которому гибко подходят РЭПТ-терапевты, является «непринужденное использование мата», используя выражение Эллиса. Многие терапевты выстраивают свой стиль общения в подражание Эллису. Мы заметили, что начинающих терапевтов можно отличить от более опытных по вольному использованию нецензурных слов. В рамках РЭПТ принято называть самоуничижение пациента его «дерьмом»; например, терапевт может спросить клиента, каким образом плохое поведение делает того «дерьмом». Понятно, что подойдут и другие слова, вроде «червяк», «ноль без палочки» и «негодник». Используйте слова, наиболее подходящие для манеры речи клиента, на свое усмотрение.

Эллис был известен использованием крепких словечек, но часто публично называл положительные причины для этого. Он выдвинул гипотезу, что с помощью

мата люди, как правило, драматизируют ситуацию, даже если редко используют эти слова. Иногда даже очень сдержанные и консервативные клиенты обнаруживают, что, когда они описывают серьезные жизненные проблемы, ругательства являются наиболее подходящими и вызывающими воспоминания дескрипторами. Они помогают расслабить человека и обладают сильным эмотивным и мотивирующим свойством.

Вторая причина применения нецензурной лексики заключается в создании взаимопонимания. Может показаться странным, что клиентам нужен матерящийся терапевт, но помните, что большинство людей используют ненормативную речь только в ближайшем кругу – с теми, с кем можно расслабиться и не проявлять осторожность. Таким образом, по общему наблюдению терапевтов, если они предоставляют клиенту модель, давая разрешение использовать обсценную лексику, он чувствует себя более непринужденно.

Блок 13.1

В следующий раз, опаздывая на работу, выбежав из дома и обнаружив спущенное колесо машины, поразмышляйте над собственным внутренним монологом.

Для доказательства того, что нецензурная лексика может создавать взаимопонимание, проследите за собственными нецензурными словами и заметьте, в чьем присутствии их легко употреблять.

Мы не рекомендуем пользоваться нецензурной лексикой без разбора. Ее «непринужденное использование» оптимальным образом направлено на иррациональные убеждения и самоуничижение клиента.

Третья причина употребления ругательств – подчеркивание важных моментов («Разве цель жизни не в том, чтобы выбраться из дома и нах… по полной?»). Однако помните: мы никогда не ругаемся на клиентов, и это необязательно делать, потому что те же замечания легко сделать с использованием других слов. Прежде чем выразиться, узнайте своего клиента. Одних мат шокирует, другим нравится, а значит, получится необходимый контакт.

Смена ролей. Другой стратегией является ролевая игра и смена рациональной роли. В ролевой игре под руководством терапевта клиент отрабатывает новое, более соответствующее рациональной философии жизни поведение. Смена рациональной роли состоит в том, что врач просит клиента сыграть «голос разума», а сам моделирует его иррациональные убеждения, аналогично тому, что Бернс[41] называл «экстернализацией голосов». Данная стратегия может укрепить убежденность клиента в рациональной философии. Также она позволяет терапевту проверить, способен ли клиент использовать диспут и (или) сохраняет ли он свое иррациональное убеждение.

Во время смены рациональной роли мы обнаружили, что клиенты часто создают соответствующие оспаривания и рациональные альтернативы, но без внутренней убежденности и ради галочки. Им важно указать на то, что в результате многолетней отработки их иррациональный голос стал намного убедительнее и сильнее. Напомните им, что они убеждают себя отказаться от саморазрушительного мышления и заменить его более гибкой установкой. Поэтому мы рекомендуем

клиентам озвучивать «голос разума» со способствующей устойчивым изменениям силой убеждения. К примеру, вы можете сказать клиенту: «Для закрепления сегодняшней работы по оспариванию я исполню роль вашего иррационального голоса. Посмотрим, сможете ли вы сыграть голос разума. Подумайте, как справиться с самокритикой, которую я слышал от вас на сессиях. Если вы увязнете в ситуации и не сможете мне ответить, мы поменяемся местами и посмотрим, справлюсь ли я. Затем я верну вам роль, и мы рассмотрим, что вы сможете с ней сделать. Это возможность попрактиковаться в более рациональном мышлении».

Рассмотрим демонстрационную сессию с Рэймондом Диджузеппе и Яном, слушателем РЭПТ. Его иррациональное убеждение состоит в том, что он ***должен*** отлично проводить консультирование коллег на нашей программе начальной подготовки. После определения и устного оспаривания ИУ слушателя Р. Д. сыграл роль иррационального голоса, а слушатель – голос рациональных убеждений.

Р. Д. (тревожно, с использованием невербальных средств и громкого, сильного голоса): А вот и наш клиент. И кроме того, все наблюдают, как мы проводим терапию. Мы ОБЯЗАНЫ провести ее хорошо, прямо сейчас. Мы ДОЛЖНЫ делать все хорошо и НЕ МОЖЕМ допускать ошибки, в противном случае будем ПОЛНЫМИ НИЧТОЖЕСТВАМИ!

С. *(очень мягким, едва слышным, слабым голосом)*: Что ты подразумеваешь под ничтожествами? Разве нам не позволено совершать ошибки?

Р. Д. *(снова напористо)*: Что ты подразумеваешь под тем, что мы можем ошибаться? Мы практикуемся в РЭПТ уже несколько месяцев. Мы больше не новички. Сейчас нам СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ ВСЕ ПРАВИЛЬНО.

С.: Разве раньше, узнавая что-то новое, мы не совершали ошибки?

Р. Д. *(останавливает ролевую игру)*: Ян, вам трудно идти против иррационального голоса? Вы так вежливы со мной, своим иррациональным голосом, не перебиваете меня и не мешаете мне говорить все иррациональные вещи! Давайте я буду вашим рациональным голосом, а вы – иррациональным? Постараетесь делать и говорить так, как делает голос в вашей голове, когда вы тревожитесь, хорошо?

С.: Мы ОБЯЗАНЫ ДЕЛАТЬ ВСЕ ХОРОШО, в противном случае мы НИКЧЕМНЫ, И ЭТО УЖАСНО.

С.: Теперь ПРЕКРАТИ КАТАСТРОФИЗАЦИЮ, и давай сосредоточимся на том, что нам нужно сделать. Мы можем ошибаться (увеличивает громкость голоса), и это нормально. Так что мы будем людьми, которым свойственно ошибаться, как и всем прочим.

С.: Нам стоило бы…

С.: Стоп. Перестань так думать. Это не поможет. Давай успокоимся и сконцентрируемся на наших действиях. Если мы допустим ошибки, будем на них учиться.

Р. Д. (останавливает ролевую игру): Ян, чем я отличался от вас в роли рационального голоса?

С.: Вы были более решительным и прерывали голос моих иррациональных убеждений.

С.: Да. Ян, как вы думаете, что произойдет, если вы сделаете это сами?

Блок 13.2

«Рациональный» терапевт может использовать поведенческую стратегию, но изучит ее влияние, спросив клиента: «А теперь иначе ли вы относитесь к этой ситуации?» Например: «Вы уже шесть раз прокатились на лифте, изменились ли ваши мысли о лифтах?» или «Изменились ли ваши мысли о вашей тревоге?»

Когниции, эмоции и поведение – все это зависимые переменные при измерении изменений. Происходит изменение путем приема таблетки, поездки на лифте, в кабинете терапевта, но при обсуждении того, ужасно ли почувствовать тревогу, – даже сидя в кресле, практикуясь в симптомах тревоги и приспосабливаясь к ним, – терапевт всегда возвращается к изучению мыслей клиента. Пока они не изменятся, тот факт, что клиент шесть раз прокатился на лифте, может не иметь никакого отношения к будущему поведению. Поскольку связь В и С является основой РЭПТ, когниции клиента – в конечном счете наша главная задача.

Решение проблемы «головы и нутра»

Когда вы помогаете клиенту мыслить более рационально, он может сказать что-то вроде: «Я понимаю, вы думаете, что мое рациональное убеждение поможет мне меньше расстраиваться, но пока я не чувствую себя по-другому», или «Я верю в это умом, но не эмоциями», или «Я верю в это в своей голове, но не чувствую внутри себя». Теоретики РЭПТ назвали это проблемой «головы и нутра» или разницей между интеллектуальным и эмоциональным инсайтом. Клиенты могли научиться аргументам против их ИУ и новым ЭУ. Однако они не отказались от ИУ и, хотя знают, что такое ЭУ, все еще не верят в него. Поэтому их эмоции и поведение остались прежними. Есть разница между знанием чего-то и верой в него или знанием его истинности. На данном этапе терапии мы хотим помочь клиентам осознать, что им известно ЭУ, но они пока не убеждены в его истинности или что они придерживаются двух убеждений, ИУ и ЭУ, но в ИУ верят сильнее.

То, что мы обычно называем эмоциональным инсайтом, имеет несколько важных характеристик (Ellis, 2002):

1. Клиенты обладают некоторой степенью интеллектуального инсайта, признают свое нарушение и то, что их поведение иррационально или саморазрушительно.

2. Клиенты обычно сознают, что их нынешнее поведение продиктовано предшествующими причинами и не возникает волшебным образом из ниоткуда.

3. Клиенты берут на себя некоторую ответственность за свое дисфункциональное или саморазрушительное поведение и сознают, что имеют какое-то отношение к его возникновению и поддержанию.

4. Клиенты сознают, что даже если им помогли научиться определенным ИУ и создать саморазрушительные эмоции с помощью этих убеждений, они продолжают их тренировать прямо сейчас.

5. Клиенты четко и решительно «видят» или «признают», что теперь могут сделать что-то для *изменения* своих ИУ.

6. Клиенты полны решимости работать (именно *работать*) над изменением своих ИУ. Такая работа включает: а) их настойчивое и неоднократное диспутирование и постановку под сомнение; б) принуждение себя пройти через боль и неприятности постоянного опровержения этих идей; в) практикование различных чувств по отношению к ним или их результатам; г) прямую и энергичную борьбу против ИУ или поступков, к которым приводят саморазрушительные ИУ.

7. Клиенты на самом деле занимаются отработкой ЭУ, работают над ними и делают это часто и энергично.

8. Клиенты сознают, что эмоциональные нарушения обычно находятся под их контролем и что они могут продолжать думать и поступать наперекор нарушениям даже при повторном возникновении. Это означает постоянную решимость и действие.

9. Клиенты продолжают признавать, что нет лучшего способа стать и оставаться здоровым, чем постоянная работа и практика борьбы против любых создаваемых ими нарушений.

Для достижения инсайтов терапия может сосредоточиться на убеждении клиента в ЭУ и создании более глубокой и сильной приверженности ЭУ. В этой связи вы можете спросить клиентов, имеют ли они как эмоциональный, так и интеллектуальный инсайт или только последний. Это может быть прелюдией к обсуждению с клиентами того, как они собираются углубить свою убежденность в своем рациональном убеждении и ослабить убежденность в иррациональном. Например, вы можете спросить: «Как вы думаете, что нужно сделать, чтобы ваше новое рациональное убеждение проникло внутрь вас?» Поощряйте клиентов посвятить себя процессу терапевтического изменения, требующего неоднократной и настойчивой постановки под сомнение иррациональных убеждений, и практиковать рациональное мышление в соответствующем контексте.

Чтобы помочь клиенту понять, почему слабая убежденность в рациональных убеждениях пусть и важна, но недостаточна для содействия изменению, кратко обсудите взгляд РЭПТ на терапевтическое изменение. Используя сократовский диалог и краткие дидактические пояснения, помогите клиенту увидеть, что он укрепит свою убежденность в РУ, поставив ИУ под сомнение и заменив их рациональными альтернативами в ходе сессий и между ними. Помогите клиенту понять, что этот процесс потребует от него *действий* против своих иррациональных убеждений, а также подвергания их сомнению с когнитивной точки зрения. Включение данного пункта поможет впоследствии, когда вы будете побуждать клиента применять новое знание на практике с помощью домашних заданий и облегчать ему прохождение процесса.

Робб, Бакс и Томас (Robb, Backx, and Thomas, 1999) провели опрос среди РЭПТ-терапевтов на предмет используемых ими вмешательств при столкновении с проблемой «головы и нутра». Терапевты сообщили, что в таких ситуациях наиболее распространенными вмешательствами во время сессий были когнитивные вмешательства – 40 % времени. Эмотивные вмешательства использовались менее чем в 4 % случаев. Когнитивные вмешательства также были и наиболее часто используемыми домашними заданиями. Хотя не существует данных, указывающих на то, какое вмешательство лучше работает при проблеме «головы и нутра», Робб

(Robb, 1999) считает, что лучше должны работать эмотивные и образные вмешательства, потому что когнитивные оспаривания обеспечивают знание. Эмотивные техники и техники визуализации дают новый эмоциональный опыт, являющийся для клиента более убедительным.

Ророр (Rorer, 1999) предположил, что, сталкиваясь с проблемой «головы и нутра», терапевту нужно сделать шаг назад, взглянуть на вещи шире и изучить контекст, в котором клиент придерживается иррационального убеждения. Когда клиенты говорят, что понимают что-то разумом (например, что нет причины, по которой мир должен быть справедливым, или что кто-то должен [или не должен] что-то делать), но не могут принять этого эмоционально, терапевт может спросить, что значило бы для них принятие РУ. Каким образом они попытались бы помочь кому-то еще достичь эмоционального инсайта?

Рорер указывал альтернативную причину, по которой клиенты могут застрять в проблеме «головы и нутра». Согласно ей, новые ИУ, новые поведенческие и эмоциональные реакции находятся в конфликте с другой основной философией, ценностью или схемой, по которой клиенты сверяют свою жизнь, но не знают об этом конфликте. Таким образом, обсуждаемое на терапии ИУ встроено в более широкое мировоззрение, от которого нужно отказаться в случае изменения клиента и которое приносит ему серьезные проблемы.

Рорер также отметил, что обнаружить такой конфликт можно, задав клиенту вопрос, что произойдет, если он усвоит новое РУ и изменится. Люди не верят в вакуум: убеждения взаимосвязаны. Они могут быть не в состоянии измениться, не модифицировав или не отказавшись прежде от других связанных с ними убеждений, которые могут быть для них важны, поскольку включают самовосприятие, мировоззрение или глубинные страхи. Рорер приписывал это сопротивление издержкам отказа от ИУ. В самом деле, «издержки» иногда превращаются в выгоду, если человек меняет противоречивые убеждения так, что создает ЭУ, снижающее чувство вины или усиливающее самопринятие. Терапевты могут исследовать возможность существования комплексных противоречивых убеждений с помощью визуализации. Врач может попросить клиента закрыть глаза и представить себе, что он принял и усвоил новое РУ, внес соответствующие изменения в свои эмоции и поведение. Затем – представить, как он будет чувствовать и вести себя с этим новым изменением. Иногда клиент обнаруживает новое негативное чувство и новое ИУ. Это отражает новый, созданный изменением конфликт.

Рассмотрим случай с сорокапятилетним Дереком, пришедшим лечиться от алкоголизма. Дерек осуждал себя за злоупотребление алкоголем, осуждение привело к депрессии и еще большему количеству алкоголя для ее облегчения. Наши сессии были сосредоточены на самопринятии и прощении себя за все плохое, совершаемое в нетрезвом виде. Дерек часто повторял, что он понимал самопринятие разумом, но не чувствовал себя по-другому и не верил в него. Когда терапевт попросил его представить себе упомянутую выше визуализацию, Дерек заплакал. Он сообщил, что, если перестанет себя осуждать, точно разведется. Он женился без любви, но в семье было двое детей, которых Дерек любил. В браке его удерживало только строгое религиозное убеждение против развода. В случае принятия себя у него отсутствовали причины продолжать брак. Определив конфликт и новую проблему,

Дерек и терапевт сосредоточились на его осуждении себя за мысли о разводе, на «за» и «против» этого решения. Со временем Дерек понял, что сможет принять себя, покинув брак, но решил остаться и поработать над тем, чтобы стать лучшим супругом во благо детей. Он также осознал, что способен уйти, если это перестанет помогать его детям.

Другой способ помочь клиентам преодолеть проблему «головы и нутра» показан на рис. 13.1. Треугольники иллюстрируют взаимодействие процессов мышления, эмоций и поведения. Верхний треугольник – это здоровая, функциональная, рациональная часть, нижний – нездоровая, дисфункциональная, иррациональная. При изменении любого из трех элементов треугольника два других последуют за ним. Поэтому при изменении в верхнем треугольнике изменятся убеждение, эмоции и поведение. В процессе изменений мы стремимся заставить нижний треугольник стать верхним. В нижнем мы можем изменить три элемента: поведение, эмоции и убеждение. При корректировке одного меняются остальные. В случае с клиентом, говорящим: «Мне известно рациональное убеждение (ЭУ), но я не могу его почувствовать», – можно объяснить ему с помощью рисунка, почему так происходит. Клиент думает о рациональном убеждении, но, к сожалению, испытывает нездоровую эмоцию в нижнем треугольнике. Это значит, что он может чувствовать здоровую эмоцию и в верхнем треугольнике, но она будет намного слабее. Теория гласит, что пока нездоровая эмоция сильнее здоровой, иррациональное мышление намного сильнее рационального.



Рис. 13.1. Проблема «головы и нутра»

Стратегии изменения с помощью воображения

Воображение – это способность формировать мысленные образы, восприятие и понятия, но не посредством зрения, слуха, обоняния, вкуса, осязания или кинестезии. Воображение – работа мозга. Когнитивные психологические процессы и вызывающие в воображении образы области мозга участвуют и в создании восприятия реальности. Воображение помогает придать смысл опыту и понимание знаниям. Визуализация – исконная человеческая способность, благодаря которой люди познают мир. Она играет ключевую роль в процессах научения и запоминания. Воображение помогает создавать нарративы для объяснения событий и обеспечивает нас придающими смысл жизни историями.

Специалисты в области возрастной психологии (см. Sutton-Smith, 1988) считают мечтательство естественной формой визуализации. Хотя его часто называют детским занятием, оно играет важную роль в жизни человека, и большинство из нас проводило бесчисленные часы мечтая. Грезы наяву позволяют исследовать, практиковать и оценивать новые роли, эмоции и поведение внутри своей головы. Многие великие философы, такие как Гоббс и Лейбниц, считали воображение, визуализацию и мечтательство важной частью процесса научения.

Визуализация может рассматриваться как сознательная попытка создания целенаправленных мечтаний и грез, чтобы справиться с конкретными задачами (Byrne, 2005). Похоже, все формы психотерапии используют ее и силу образного мышления в части своих методик. Хотя каждая форма психотерапии применяет визуализацию по-своему, она – важная составляющая многих стратегий, помогающих людям в процессе самопознания и при вырабатывании более адаптивных форм поведения. Полный обзор этих тем выходит за рамки данной главы. Мы рекомендуем прочесть работу Дж. Сингера (Singer, 2006) для полного ознакомления с ними.

Одна из разновидностей стратегий когнитивного диспутирования включает визуализации. В одной из них после вербального оспаривания терапевт может попросить клиента снова представить себя в проблемной ситуации; это позволит увидеть, изменилась ли эмоция. Если да, для отработки более рационального мышления можно спросить клиента, что тот говорит самому себе теперь. Если эмоция не изменилась, иногда присутствуют дополнительные ИУ, и упражнение с мысленными образами позволит им обнаружиться. При необходимости можно провести новый анализ ABCD, и его результаты будут пересмотрены с помощью повторения упражнения на визуализацию. В качестве альтернативы терапевт может перейти к одной из техник рационально-эмотивной визуализации (РЭВ) (Maultsby, 1975; Maultsby and Ellis, 1974).

Во время негативной рационально-эмотивной визуализации клиенты закрывают глаза, представляют себя в проблемной ситуации (A) и пытаются пережить свою обычную эмоциональную реакцию (C). Подождите, пока они не сообщат о наступлении C, затем попросите их сосредоточиться на внутренней речи, вызывающей эти эмоциональные следствия. Потом – заменить нарушенную эмоцию более конструктивной отрицательной эмоцией (например, тревогу обеспокоенностью). Заверьте клиентов, что они могут сделать это лишь на долю

секунды. Проинструктируйте, что сразу после выполнения этой задачи нужно открыть глаза. Заметив сигнал, спросите: «И как вам это удалось?» Почти всегда в ответе обнаружится когнитивный сдвиг – обычно клиенты отвечают, что прекратили катастрофизацию, например: «Я пригласил женщину на свидание, а она мне отказала. Это не конец света, я могу вынести ее отказ». Вот еще один пример:

Т.: Я хочу, чтобы вы закрыли глаза и снова представили себя в ситуации, в которой вчера испытали сильную тревогу. Можете сделать? *(Подождите, пока клиент не подтвердит появление мысленного образа).*

К.: Да.

Т.: Теперь я хочу, чтобы вы ощутили тревогу прямо сейчас, как было вчера. Сообщите мне, когда ее почувствуете. *(Дождитесь сигнала клиента).*

К. (кивает головой).

Т.: Хорошо, теперь скажите мне, какие мысли, заставляющие вас чувствовать тревогу, проходят через вашу голову *(дождитесь ответа, который будет некой формой ИУ).*

К.: Я говорю себе: «Боже мой, а если меня отвергнут?»

Т.: Теперь я хочу, чтобы вы изменили чувство тревоги на обеспокоенность. Сообщите, когда ощутите меньшую тревогу, а потом и просто обеспокоенность *(пауза до сигнала).*

Т.: Что вы говорите себе теперь, чтобы чувствовать обеспокоенность, а не тревогу?

К.: Если меня отвергнут, это не конец света, а если она думает, что я неудачник, жаль. Я не могу угодить всем!

Во время позитивной рационально-эмотивной визуализации (Maultsby, 1975; Maultsby and Ellis, 1974) клиенты представляют себя в проблемной ситуации, но ведут и чувствуют себя в ней иначе. Например, клиенты со страхом перед публичными выступлениями представляют себя выступающими в аудитории или на встрече и чувствующими при этом относительную расслабленность. Как только они сообщают о приходе образа, терапевт спрашивает: «А что вы сказали себе, чтобы вам это удалось?» Такая техника полезна, потому что позволяет клиентам практиковать позитивный план и развивать навыки преодоления трудностей. Например:

Т.: Хорошо, Мэри, теперь я знаю, что у вас проблемы при мысли о выступлении на совете директоров на этой неделе. Я знаю, что вы очень тревожитесь по этому поводу.

К.: Да, я очень боюсь.

Т.: Вот что я хотел бы от вас сейчас: закройте глаза и представьте себя стоящей на трибуне и обращающейся к правлению. Я хочу, чтобы вы представили свое выступление, но чувствовали себя при этом относительно спокойно. Вы говорите медленно и четко, не чувствуете сильной тревоги. Озвучиваете презентацию приятным громким голосом, поглядывая на членов правления. Сообщите мне о появлении четкой картинки у вас в голове *(пауза и ожидание ответа клиента).*

К. *(кивает головой).*

Т.: А теперь что вам пришлось сказать себе, чтобы представить такой образ?

К.: Ну, мои идеи записаны на слайдах презентации. Я знаю, что хочу сказать. Правление собралось, чтобы выслушать мои идеи, а не судить меня. Естественно, я

не могу ждать, что всем понравятся мои идеи, и если некоторые из них не согласны со мной, это нормально, даст повод для оживленной дискуссии. В любом случае, вероятнее всего, они тоже нервничают на трибуне, так что я уверена, не будут против, если мои руки будут немного трястись. Я не стану думать об этом, просто сосредоточусь на том, чтобы донести свою точку зрения.

Този и его коллеги (Tosi and Murphy, 1994; Tosi and Reardon, 1976) разработали методику, объединяющую выполнение глубокой релаксации или гипноза и управляемую визуализацию, проводящую клиента через последовательность ABCDE. Например, клиент представляет себе приближение внушающего страх А, делает рациональные утверждения и переживает соответствующее С. Эта методика оказалась действенной при лечении язв (Tosi, Judah, and Murphy, 1989) и астмы (Silverglade, Tosi, Wise, and D'Costa, 1994). Она использует образ «мастерства», который может быть подходящим для детей, но менее полезным для взрослых, чем образ «совладания» (Meichenbaum, 1985). Во время визуализации совладания клиенты представляют себе приближение к А и думают об обычно используемых иррациональных утверждениях, затем – их оспаривании и замене, отрабатывают рациональные утверждения, которые могут включать фразы: «На самом деле это не так… будь спокойным… Я могу справиться с этой тревогой… Все не так ужасно, как мне кажется», – и наконец, представляют себе снижение накала эмоции.

Данный подход может быть более полезен, чем использование образа мастерства, потому что клиенты тревожатся первые несколько раз, когда действительно приближаются к внушающему страх А, и им нужен инструмент, чтобы справиться с этой конкретной тревогой. Таким образом, они представляют себе А, ИУ и дисфункциональное С, а затем оспаривание своих ИУ, отработку новых ЭУ, переживание новой функциональной эмоции и новое адаптивное поведение.

Эта методика требует нескольких предварительных сессий для определения А, В, С, D и Е. Затем терапевт учит клиента релаксации. Далее они создают управляемый мысленный образ со всеми этапами, от А до Е. Терапевт может прочитать инструкции, когда клиент расслабляется. И наконец, клиент может начитать инструкцию на диктофон и прослушать дома свой голос, который проведет его через визуализацию. Многочисленные сессии по этой методике помогут клиенту переучить свои реакции. Впоследствии он отработает образ в уме без вербальной инструкции. Мы рекомендуем клиентам отрабатывать такие образы перед наступлением события, определенного ими как А. И кроме того, практиковаться в рационально-эмотивной визуализации всякий раз, ловя себя на иррационально-эмотивной визуализации. Клиенты часто думают о приближении или достижении активирующего события и сразу начинают представлять себе переживание своих ИУ и дисфункциональных эмоций. На данном этапе они могут прекратить иррациональную визуализацию и активизировать отработанную ими рационально-эмотивную визуализацию.

Блок 13.3

Преимущество техник позитивной и негативной рационально-эмотивной визуализации состоит в поощрении активного участия клиентов в сессии и проверке

терапевтом наличия изменений ими своих дисфункциональных аффектов путем отработки соответствующих рациональных когниций. Будьте осторожны! Клиенты способны удивить – вы обнаружите, что они чувствуют себя лучше, но по неправильным причинам. Например, Фреда сильно тревожило общение с женщинами на вечерах знакомств из-за страха быть отвергнутым. Отработав ситуацию во время визуализации, он действительно уменьшил тревогу, но вот каким образом: «И наплевать! Что, черт возьми, она о себе возомнила?» Терапевт указал ему на то, что мышление подобного рода было не рациональной, а враждебной визуализацией!

Другая используемая когнитивными психотерапевтами техника визуализации представляет собой методику «раздувания», когда клиент воображает будущие нежелательные события, а затем раздувает их до размеров, выходящих за рамки того, что могло бы случиться в действительности. Например, клиент с навязчивой привычкой проверки, выключен ли в доме газ, представлял себе пожар не только на своей кухне и в доме, но и в квартале, городе, стране, наконец, во всем мире! Используя преувеличение, клиент научается видеть смешное в своих страхах – юмор рассеивает страх.

Некоторые терапевты предпочитают использовать техники визуализации после упражнения на релаксацию или гипноза для вызова состояния большей внушаемости, особенно если клиент тревожен. Мы отсылаем желающего освоить такие методы терапевта к *клинической поведенческой терапии* (Goldfried, Davison, and Wachtel, 1994) или к *новому гипнозу* (Araoz, 1985)[42].

Блок 13.4

Визуализация может ставить убеждения под сомнение творческими способами, в которых используются особые таланты клиента. Например, художник Херб принес картину, на которой изобразил себя вместе с отцом, причем последний был намного больше по размеру и выглядел угрожающе. После изучения явно отображенных на картине мыслей и чувств его попросили изобразить во время сессии себя и отца одинакового размера. После завершения картины терапевт спросил Херба: «Чем вы на этой картине отличаетесь от вас на первой картине?»

Обратите внимание – терапевт использует уникальную модальность, соответствующую потребностям клиента, но и четко следующую модели РЭПТ.

Стратегии изменения поведения

Третья основная форма диспутирования – поведенческая, в которой клиент ставит под сомнение свои ИУ, ведя себя противоположным образом. Собственно говоря, практик РЭПТ не уверен в усвоении клиентом новой философии, пока убеждение не отразится на изменении его поведения. Поскольку поведенческое диспутирование обычно выполняется за пределами кабинета, оно назначается в виде домашнего задания. Более подробно мы обсудим эту тему в главе 16.

В качестве общего принципа РЭПТ рекомендует и использует методики наводнения или имплозии (Levis, 2009) для подвергания клиентов их страхам. Наводнение предусматривает длительное воздействие раздражителей, вызывающих относительно высокий уровень неадекватной или чрезмерной тревоги либо страха. Эта методика отличается от других, основанных на воздействии методик тем, что наводнение начинается с воздействия вызывающих чрезвычайно сильный страх стимулов, тогда как другие используют постепенное воздействие, от более слабых и к более сильным, вызывающих тревогу раздражителей. Воздействие наводнения может проводиться in vivo или во время визуализации, называемой образным воздействием. Основанные на воздействии методики включают взаимодействие с вызывающим страх раздражителем, его систематическое, длительное, повторяющееся воздействие, а также научение корректирующей информации относительно отсутствия опасности с его стороны – до тех пор, пока связанные с ним тревога и страх не будут в значительной степени снижены (Zoellner, Abramowitz, Moore, and Slagle, 2009). Наводнение и имплозия пытаются максимизировать единый механизм терапевтических изменений, затухание условного рефлекса Павлова. Этот принцип гласит, что повторяющееся действие эмоционального условного раздражителя (УР) в отсутствие биологически безусловного раздражителя (БУР) приводит к затуханию условного рефлекса (УР, симптома). Данный принцип можно обнаружить в большинстве техник психотерапии, и в КПТ идет полемика относительно того, происходит первым когнитивное изменение или когнитивная реструктуризация после затухания раздражителей, вызывающих эмоцию и поддерживающих дезадаптивное поведение (Levis, 2009).

На терапевтических сессиях клиенты обычно заняты вербальным научением, и важно убедиться, что их поведение в реальном мире соответствует вербальному поведению на сессии. Поведенческое оспаривание обеспечивает их противоположным имеющемуся в иррациональной системе убеждений опытом; клиенты действуют против своих ИУ и дисфункциональных эмоций. Такие поведенческие вмешательства распространены в психотерапии и называются «противоположно направленными действиями». Они были популяризированы диалектической поведенческой терапией Линехан.[43] Многочисленные примеры противоположно направленных действий появляются в Интернете. Однако существует различие между противоположно направленными действиями в РЭПТ и ДПТ. В РЭПТ мы рекомендуем, чтобы поведенческие домашние задания ставили под сомнение не только эмоцию, но и стоящие за ней мысли и философию, а также чтобы поведение соответствовало новой рациональной альтернативной философии.

Например, если клиенты считают, что не могут вынести ожидание наступления событий, вы можете попросить их практиковаться в отсрочке вознаграждения. Если они верят, что не могут вынести отвержения, им предлагается пойти в публичное место и встречаться с людьми, пока не испытают на себе отказ. Они также могут выполнять знаменитые упражнения Эллиса на избавление от чувства стыда, когда люди публично совершают глупые поступки, ища отвержения до тех пор, пока не испытают его. Если они считают что-то *необходимым*, терапевт просит их обойтись без этого. Если они находятся в депрессии и хотят просто лежать в постели, мы рекомендуем разные варианты заданий на поведенческую активацию, заставляющие их встать и заняться делом. Если они считают, что их ценность основана на успешности, мы просим намеренно делать что-то плохо или сообщать другим о своей ошибке. Принцип в том, чтобы клиент столкнулся лицом к лицу со своими страхами или выдержал свой страх. Большинство терапевтов используют поэтапный подход к экспозиции, включающий оценку клиентами степени испытываемой ими тревоги по отношению к разным вызывающим тревогу раздражителям; затем – начало экспозиции с наименьшим уровнем вызванной раздражителями тревоги и переход к более сильной, вызванной более влиятельными раздражителями.

С точки зрения Эллиса, использование градуированной экспозиции (Head and Gross, 2009) может «вступать в неосознанный сговор» с убеждением клиентов в том, что вызывающие страх раздражители опасны, и с их непереносимостью фрустрации, мыслями о том, что они не могут вынести эмоций, испытываемых при столкновении с вызывающими страх раздражителями. Таким образом, важно знать, что терапевту, вероятно, придется потратить время на постановку под сомнение непереносимости фрустрации клиентом, прежде чем тот выполнит поведенческое задание.

Однако вы можете проводить поведенческое диспутирование и во время сессии, хорошими примерами здесь являются многие связанные с тревогой проблемы. Переживание тревоги или, что еще хуже, паники кажется клиенту ошеломляющим и обычно приводит к вторичному страху начала переживания. Во время сессии терапевт и клиент могут спланировать и заняться поведением, вызывающим те самые ощущения, которых клиент обычно пытается избежать. Например, его можно попросить глубоко дышать или делать энергичные движения, стимулирующие быстрое, поверхностное дыхание, потливость, головокружение или покалывание в конечностях, а затем поработать над постановкой под сомнение когниций: «Я не могу терпеть этих ощущений» или «Начинается нечто ужасное» (Beck and Emery, 1985).

Одна из нас (Кристин Дойл) использует особое поведенческое диспутирование во время сессий со страдающими расстройствами пищевого поведения клиентками, которые сначала объедаются, а затем вызывают у себя рвоту. Она просит их приносить еду, которая, как правило, приводит к рвоте после поглощения. Копинг-утверждения о непереносимости фрустрации создаются заранее. Клиентка ест во время сессии и затем, в тревожном состоянии, отрабатывает копинг-утверждения. Это демонстрирует, что, пусть и с большим дискомфортом, она по факту может переносить эмоцию и не должна исторгать из себя еду, чтобы справиться с ситуацией. Упражнение экспозиции и предотвращения реакции очень полезно,

потому что такие клиентки часто не позволяют себе терпеть дискомфорт, вызывая рвоту и укрепляя убеждения в непереносимости фрустрации. Их просят повторить упражнение дома – для укрепления уверенности в рациональной альтернативе.

Глава 14

Проблемы и решения при постановке под сомнение иррациональных убеждений

Выявление и устранение проблем диспутирования

Описав некоторые стратегии диспутирования, мы понимаем, что вы можете столкнуться с трудностями в донесении своей точки зрения до клиента. В этом разделе рассмотрены некоторые общие проблемы, с которыми сталкиваются начинающие терапевты при диспутировании, и даны рекомендации по их решению. Большинство этих проблем связаны с клиентами, не понимающими либо не верящими в аргументы диспутирования. Так что, оспорив иррациональное убеждение, убедитесь в понимании вашим клиентом процесса.

Спросите себя: «Клиент просто говорит правильные слова, но не верит в них? Клиент умиротворяет меня для получения одобрения?» Чтобы определить, не попугайничает ли клиент, мы предлагаем четыре стратегии:

1. Если клиент приходит на сессию с явным эмоциональным дистрессом или вы можете вызвать его эмоциональную реакцию проигрыванием проблемных ситуаций с помощью рациональной колкости техники «уколов гнева» либо упражнений на визуализацию, проверьте понимание, взглянув на признаки снижения напряжения, а также на то, способен ли клиент успокоиться во время сессии.

2. Иногда вы не сможете определить понимание клиента на отдельно взятой сессии, доказательства появятся лишь со временем. Следует стремиться к *соответствию* мыслей, чувств и поведения клиента во время сессий. Например, если он заявляет о «знании» того, что получить отказ в ответ на приглашение пойти с ним на свидание не ужасно, но продолжает избегать общения с женщинами, терапевту придется выступить против несоответствия, указав клиенту на разницу между «знанием» и «убеждением». Можно знать теорию марксизма или католические догмы, но при этом не верить в них и не жить согласно им.

3. Другая стратегия заключается в том, чтобы пригласить на сессию значимых для клиента людей; делается это лишь после того, как терапевт получит его согласие и убедится в понимании им причины использования данного приема. На встрече с близкими терапевт может задать следующие вопросы: «Видите ли вы изменения в поведении X?» или «Как X поступает на самом деле?» Несоответствия между сообщениями других людей и отчетом клиента позволят терапевту понять их причину: «Джек, похоже, твоя семья не считает, что ты сильно изменился. Это потому, что им трудно угодить, или потому, что вы не сильно изменились? Нам лучше это выяснить, чтобы вы могли сильнее измениться либо узнать, как справляться с их требованиями к вам». В целом мы посоветовали бы спросить клиента, согласен ли он пригласить значимого человека после нескольких (трех-четырех) сессий, чтобы помочь найти «белые пятна» в общении с терапевтом.

4. Некоторые клиенты остаются в терапии относительно пассивными (часто по причине слишком большой активности терапевта), и терапевту нужно искать сигналы того, что они способны приблизиться к диспутированию самостоятельно.

Одна из хороших техник для проверки понимания клиентов – заполнение отчетов по самопомощи в качестве домашнего задания между сессиями. Если клиент не может нормально работать с такими отчетами, вероятно, понимание отсутствует. На следующей сессии время можно потратить на просмотр и исправление ошибок в отчете. Вторая техника проверки правильности понимания у данного типа пациентов – смена рациональной роли, когда клиента просят поменяться ролями с терапевтом и продемонстрировать, как он может помочь кому-то решить проблему, аналогичную собственной. Терапевт при этом оценивает, какую часть оспаривания понимают клиенты, а также их стремление отказаться от иррациональных, беспокоящих идей.

Недопонимание клиента не всегда очевидно. Один из способов проверить это – внимательно слушать слова и интонацию. Прислушайтесь к фразам: «Я – …», например «Я – бездарь». Клиент может не знать этого, но, говоря «Я – …», он подразумевает единство и идентичность подлежащего и сказуемого в предложении. Помогите ему перефразировать эти утверждения в более точные (например, «Я поступил неграмотно»). Информация, получаемая клиентом посредством использования речи, способна продолжить иррациональное мышление, если терапевт ее не исправит.

Прислушайтесь и к тону голоса, особенно к уровню эмоций. Клиентка может сказать что-то вроде: «Мне особо нечего предложить мужчине». Сказанное невыразительно, данное утверждение может быть легко пропущено клиентом и терапевтом, скрытая за ним важная иррациональная концепция останется без диспута. Если прервать клиента и попросить повторить утверждение с большей эмоциональностью, терапевт способен помочь ему противостоять и справиться с ИУ, стоящим за сказанным.

Блок 14.1

Если *навыки активного слушания* не развиты, вы можете пропустить незаметные остатки ИУ клиента. Одной из помех у начинающих терапевтов является тенденция слишком внимательно следить за собственной работой: «Было ли мое последнее вмешательство успешным?» или «Какую умную вещь я собираюсь сказать дальше?» И так далее.

Вот упражнение для проверки развитости ваших навыков активного слушания. Прослушайте недавнюю аудиозапись терапии и останавливайте ее примерно каждые две минуты, спрашивая себя: «Что только что сказал клиент?» Проверьте, правильно ли вы записали все тонкости разговора. Помните: сосредотачиваться следует в первую очередь не на собственном поведении, а на внимательном выслушивании клиента.

Часто клиенты *не полностью* выражают свои мысли, используют синтаксическую символику, которая может скрывать иррациональные убеждения. Например, терапевт попросил клиента спонтанно выступить перед большой группой коллег на работе и обсудить какую-то тему. Когда терапевт спросил, о чем он думал перед выступлением, клиент ответил: «Я думал: “Боже мой, что я скажу?”» Вы услышали здесь начало ИУ? Люди обычно не просят помощи богов, если в их мыслях не

происходит катастрофизация. Сам по себе вопрос «что я скажу?» подразумевает обеспокоенность и *незнание*, что сказать. Фраза «Боже мой» – дополнительный сигнал тревоги и веры в то, что нужно выполнить то, о чем попросили, он оказался в западне и стал жертвой ситуации. Таким образом, большая часть скрытой информации содержится в очень простом предложении.

Как простимулировать клиента озвучить невысказанное? Помогите ему выполнить задание шаг за шагом, например перефразировав вопрос «что я скажу?» в «я не знаю, что сказать». В этот момент стоит спросить: «Что вы чувствуете по этому поводу?» Таким образом, до тех пор, пока не будет сформулирована предпосылка, клиент не может по-настоящему выяснить свою реакцию. Как только он определит «я чувствую тревогу», появляется А и С. Чтобы получить недостающее убеждение, может оказаться полезным союз «потому что»:

Т.: Вы тревожитесь из-за незнания, что сказать, *потому что…*?

К.: Я могу выставить себя дураком.

Т.: А если вы поведете себя глупо…

К.: Это будет ужасно!

Блок 14.2

Даже если вы не используете формальный АВС-формат в разговоре с клиентом, настоятельно рекомендуем использовать его при *слушании*. Прослушайте последние записи терапии и выписывайте А, В и С по мере их появления, а также отмечайте необычные ключевые слова на полях. Решив, что присутствуют скрытые В, спланируйте следующую стратегию диспутирования.

Впервые начав заниматься РЭПТ, мы были удивлены и огорчены, когда после того, что считали образцовым диспутированием, клиенты возвращались на следующей неделе с прежними иррациональными убеждениями. Потребовалось время, чтобы понять, что РЭПТ – не волшебная терапия; хотя иногда научение может произойти с первой попытки, это не правило. Большинство клиентов имеют длинную историю подкрепления своих ИУ, и они не собираются отказываться от них или с легкостью менять. Успех приходит только после повторения одного и того же оспаривания, выполнения многочисленных домашних заданий и столкновения со многими проблемами ИУ. Ошибка, совершаемая начинающим терапевтом, заключается в применении какой-то стратегии РЭПТ в течение двух или трех сессий, разочаровании при ненаступлении мгновенного успеха и обращении к другой теории в поисках «волшебного ответа». Мы признаем: РЭПТ может не оказаться нужной и достаточной терапией в каждом случае, но рекомендуем терапевту дать ей шанс. Если на изменения требуется несколько лет психоанализа, несколько сессий диспутирования представляются разумными. Вероятно, придется потратить месяцы на одно и то же понятие, прежде чем клиента «озарит». Поэтому не бойтесь повторений, они могут быть важны во всех отношениях, а в психотерапии необходимы. У одного из нас (Уотера Бакса) был клиент, сказавший после семи сессий: «Знаете, так странно, вы произносили те же самые слова точно таким же образом пять раз последние пять сессий, и вдруг я понял, о чем вы говорите!»

По мере прохождения терапии с клиентами надо подчеркивать не только рациональные убеждения, но и *процесс* оспаривания. После одной-двух сессий за постановкой под сомнение иррациональных убеждений клиентов легко привыкнуть к простому предоставлению рациональных альтернатив. Однако диспутирование – это *расспрос* об иррациональных убеждениях, а не механическая замена ИУ рациональными утверждениями.

Блок 14.3

Придерживаясь основных, скрытых предположений о себе, клиенты вряд ли легко опровергнут такие мысли. Главные предположения, например связанные с самовосприятием вопросы, сложны и редко выходят на сознательный уровень. Уважительно относитесь к задаче. Клиент заслуживает большого уважения за обсуждение этих вопросов, а вы как терапевт – уважения, если способны создать атмосферу, в которой он чувствует себя при этом комфортно.

Одна из полезных стратегий – отложить диспутирование до тех пор, пока значительная часть самоуничижительного материала не будет доведена до сознания клиента, чтобы он мог изучить его детально. Например, одна клиентка назвала себя «манипулятором», а другая заявила, что она «не может доверять самой себе». Такие понятия были в их самовосприятии центральными, и клиентки накапливали данные для поддержания негативных убеждений в течение большей части жизни.

Собирайте истории, примеры и образы, которые, по мнению клиента, поддерживают основные ИУ. Затем будьте готовы медленно и методично опровергать, переформулировать и декатастрофизировать эту массу материала. Помните, что клиент сталкивается с тонким, болезненным восприятием. Ваше терпение и настойчивость, а также энтузиазм в поиске альтернативных точек зрения в конце концов окупятся!

Ключевым элементом здесь является обучение научному мышлению и поиск доказательств в поддержку гипотезы, простая замена ИУ рациональным убеждением пропускает этот важный шаг. Пока клиенты не научатся задавать себе вопросы, они не смогут пойти дальше непосредственной проблемы.

Еще один неподходящий стиль работы новоиспеченных терапевтов РЭПТ мы называем «рефлекторным оспариванием». Всякий раз, слыша слова «необходимо», «следует», «должен» или «кошмарно», такие терапевты немедленно спрашивают: «Где доказательства?» Эта реакция часто не попадает в цель. Помните, такие слова вредны из-за выражаемых ими понятий, а не из-за присутствия в предложении. Люди часто используют такие слова в повседневной речи для образности. Например: «Это был *кошмарный* стейк!», «Вам *обязательно нужно* посмотреть этот новый балет» или «Мне *необходима* чашка кофе». Таким образом, автоматическое оспаривание способно найти псевдопроблемы: хотя люди могут иррационально относиться к своей потребности в кофе или к ужасности бифштекса, это может не являться клинически значимым убеждением, связанным с патологией. Так что, прежде чем переходить к D, убедитесь, что вы определили соответствующие ИУ, а не

просто создали новые бессмысленные запретные слова. Есть ли смысл в том, чтобы слово «дерьмо» было нормальным, а «должно» – табу?

Блок 14.4

Что делать, если вы застряли в диспутировании? Как в случае любой проблемы, сначала оцените ситуацию для постановки дифференциального диагноза. Вероятно, вы неумело работаете. Клиент не хочет отказываться от эмоции, что часто имеет место в случае гнева. Или он хочет, чтобы вы сделали за него всю работу. Возможно, клиент хочет, чтобы активирующее событие изменилось. Либо он не совсем понимает, что такое диспутирование. Вероятно, у него есть личная, специфическая, интрапсихическая причина, по которой он не меняется. И так далее.

Если вам кажется, что вы спорите или читаете нотации несговорчивому клиенту, значит, вы не сотрудничаете. *Сотрудничество – отличительная черта терапии.*

Блокирующее изменение в поведении клиента

Некоторые клиенты создают особые проблемы начинающему терапевту. Рассмотрим несколько таких типов.

Конфликтный клиент. Вы улавливаете в словах клиента антагонизм? Его мнение важнее вашего? Вы чувствуете, что сражаетесь, а не оспариваете? Вы устали от общения? Как справиться с таким клиентом? Во-первых, прекратите с ним сражаться. Почувствовав, что вы оба дергаете за противоположные концы веревки, отпустите свой конец. Попробуйте пройти всю сессию, не пытаясь ни в чем убедить клиента, и посмотрите, что произойдет. Кроме того, играйте в адвоката дьявола и соглашайтесь с ним (например, «Вы правы, Билл, вы действительно бездарны»). Навязывание своих идей таким клиентам может лишь усилить их сопротивление. Вместо этого сосредоточьтесь на сильных сторонах клиента, вмешиваясь в основном с помощью вопросов (например, «Как думаете, что вы могли бы сделать, чтобы справиться с проблемой, Билл?»).

«Да, но»-клиент. Клиенты, противостоящие вашим предложениям ответом «да, но», демонстрируют иную форму активного сопротивления. «Да, но» эквивалентно «нет». Такие клиенты разыгрывают беспомощность и зачастую делают беспомощным терапевта. Подумайте, не связано ли их сопротивление с вашим поведением. Не сосредоточили ли вы обсуждение на не относящихся к делу вопросах? Если нет, возможно, эти клиенты просто не хотят вас слушать, потому что приписывают вам качества других проблемных людей в своей жизни. Например, им может быть трудно принять указания от тех, кого они считают авторитетом. В этом случае можно подумать о приглашении на сессию значимого для них человека, которого они выслушают охотнее, – например, супруга, брата, сестру или близкого друга, – и использовать их в качестве моделей диспутирования. Если ваше послание исходит от них или по крайней мере, подкрепляется ими вне сессии, вы можете увеличить вероятность того, что клиенты его воспримут.

Другое возможное объяснение поведения «да, но»-клиентов заключается в том, что они просто не хотят меняться. В этой ситуации полезный вопрос, который нужно себе задать: «Какова выгода для клиента?» Другими словами, какие положительные или отрицательные следствия могут поддерживать дисфункциональные убеждения либо поведение? Например, одна из наших клиенток постоянно возмущалась, бушевала и обвиняла друзей в том, что они не звонили ей так часто, как ей хотелось; каждое диспутирование встречалось ее ответом «да, но». Нам пришло в голову, что она застряла в обвинениях других, потому что это функционально служило избеганию самообвинений и самоанализа. Одна из техник раскрытия такой мотивации состоит в постоянной просьбе терапевта к клиенту закончить предложение: «Хорошим в … (данном случае, обвинении других) является то, что…»

Интеллектуализирующий клиент. Иногда РЭПТ труднодостижима с помощью интеллектуальных клиентов, чья защита от самоанализа заключается в интеллектуализации. Они сражаются с терапевтом разумными аргументами, могут побеждать его дедуктивной логикой и даже отвечают вполне рационально. Почему они продолжают ходить на терапию? Потому что не могут осознать или выразить

словами наличие у них эмоциональных проблем. Терапевту целесообразно сосредоточить внимание на эмоциях и вместо того, чтобы полагаться на дидактические подходы, использовать иные методики, например практические упражнения или техники визуализации. Однако такие клиенты, скорее всего, будут возражать против этих методов и отказываться делать то, что они считают «глупым». Действуйте методично.

Интеллектуально ограниченный клиент. Оспаривание в поисках элегантного решения подходит не всем клиентам. Исключение составляют маленькие дети, клиенты с ограниченными интеллектуальными способностями, серьезным повреждением головного мозга и тяжелым психозом, патологические мыслительные процессы которых мешают логическому мышлению, а также клиенты с сильной тревогой, уровень возбуждения которых слишком высок, чтобы позволить им ясно думать. Терапевт будет полезнее таким клиентам, если станет *натаскивать* их в рациональных копинг-утверждениях. Например, как те, что рекомендовал Мейхенбаум (Meichenbaum, 1985), и оперантные принципы для побуждения клиента упражняться в рациональных заменах между сессиями.

«Это не помогает»-клиент. Утверждение «это не помогает» распространено среди клиентов, начинающих знакомиться с РЭПТ и с нетерпением ждущих нового опыта и быстрого улучшения. Вот четыре диалога терапевта и клиента, иллюстрирующих данную проблему и дающих некоторые рекомендации по ее решению:

Пример 1

К.: Я говорю себе: «Мне не обязательно это делать, я просто этого хочу», но это не делает меня спокойнее.

Т.: Хорошо, Джим. Это просто говорит о том, что ты не отказался от *долженствования*.

К.: И как это сделать?

Т.: Выискивая свои иррациональные убеждения и оспаривая их. Спроси себя: «Где доказательства?» Будь ученым. Мы принимаем тот факт, что Земля круглая не из-за красоты словца, а на основе научных данных. Где доказательства того, что ты должен хорошо учиться в школе?

Пример 2

К.: *Умом* я это понимаю, но от этого лучше себя не чувствую.

Т.: Говоря, что понимаете «умом», вы имеете в виду, что *слабо* понимаете это *некоторую часть* времени. А большую часть вы *сильно* убеждены в своем иррациональном убеждении. *Убедительно* ли вы оспариваете самого себя?

К.: Думаю, я мог бы поработать над этим усерднее.

Т.: Правильно, и вы не будете сильно в этом уверены, пока не начнете жить и поступать согласно этому убеждению. А теперь, что бы вы могли сделать на этой неделе, чтобы доказать себе, что вам не необходима любовь Мэри?

Пример 3

К.: Я знаю, что рациональные убеждения имеют смысл, но не чувствую их, когда попадаю в такую ситуацию.

Т.: Но вы не сможете чувствовать себя более расслабленно, если хорошо не отработаете их до попадания в ситуацию. Давайте попробуем справиться с вашей тревогой прямо сейчас, чтобы создать образец.

Пример 4

К.: Я понимаю цель оспаривания, но не знаю, как его проводить в ваше отсутствие. Я все еще тревожусь, а потом начинаю зацикливаться.

Т.: Мария, хитрость в том, чтобы использовать симптомы как сигнал для начала цепочки, тревогу как сигнал для обдумывания: «Я зацикливаюсь. Почему я зацикливаюсь? Может, я пытаюсь избежать тревоги? Из-за чего я тревожусь? Из-за некоторых убеждений, которых придерживаюсь. Каковы мои иррациональные убеждения? А теперь я начну оспаривать их». Так вы видите, каким образом ваши симптомы связаны. Ваша зацикленность отчасти является избегающим поведением для отвлечения от тревоги. Вместо того чтобы отвлекать себя, используйте ее как сигнал для противостояния и искоренения тревоги. Теперь повторите мне это, чтобы я убедился, что вы все запомнили.

Смысл приведенных выше примеров заключается в том, что клиенты часто придерживаются ложной дихотомии существования интеллектуальных и эмоциональных инсайтов. Идея эмоционального инсайта противоречит основному принципу РЭПТ, заключающемуся в том, что мышление в значительной степени *вызывает* эмоции. Кроме того, «эмоциональный инсайт» – нелогичное заключение: люди не достигают инсайта нутром. Когда клиент заявляет об интеллектуальном, но не эмоциональном инсайте, терапевт интерпретирует это утверждение как проблему «знания», но не «веры» в рациональные идеи или как нестойкость убеждений. Решением в любом случае является разъяснение и еще более упорная работа терапевтической диады.

Теперь, когда мы рассмотрели основы процесса оспаривания, у вас есть план, который поможет выстроить более сложную структуру. Однако работа РЭПТ-терапевта не заканчивается оспариванием. Его продуктом необязательно является лишь избавление от вызывающего дистресс активирующего события, но также помощь клиенту по его принятию, если оно не может быть изменено, или спокойная, методичная попытка его изменить, если это возможно. Таким образом, может потребоваться больше работы во время сессии и вне ее. В следующей главе мы сосредоточимся на некоторых видах работы во время сессии.

Предостережения

Если ваши клиенты достигли некоторого контроля над своим эмоциональным дистрессом, вы можете предупредить их об избегании перфекционистских стандартов в новом навыке. Так, если клиентка говорит, что теперь может контролировать свой гнев, спросите ее: «Как вы думаете, сколько времени пройдет до момента, когда вы снова разозлитесь?» Этот вопрос не только мягко предупреждает, но и способен помочь ей подготовиться к такой вероятности. Если вы упустите этот шаг, клиентка может разочароваться, когда действительно разозлится, а следовательно, обесценит достигнутые на терапии результаты и прекратит оспаривание в проблемных ситуациях. Помните, главный принцип рационально-эмотивно-поведенческой теории – все люди думают как рационально, *так и* иррационально. Упорно работая, мы можем увеличить долю времени, затрачиваемого на рациональное мышление, но не стоит ожидать, что всегда будем мыслить абсолютно рационально.

Кроме того, часто есть преимущества, которые достижимы при демонстрации сильной эмоции, и даже мысля рационально, клиентам не стоит от них отказываться. Получая инсайты РЭПТ, они порой предъявляют абсолютистские требования к новым рациональным убеждениям, решая, например, что не должны больше впадать в гнев. Однако при обучении ассертивности надо усиливать ассертивное поведение до тех пор, пока не получишь желаемое.

Эллис рассказывал об одном случае, когда ассертивное поведение не помогло, а угрожающие, резкие замечания сыграли важную роль в том, чтобы заставить других выполнить его пожелания. Переехав в новый офис, он заказал новые чехлы для мебели, которые должны были доставить через шесть недель. Установленный срок наступил и прошел, а чехлы не появились. После настойчивого телефонного звонка их пообещали привезти. На следующей неделе ситуация повторилась, и очередной настойчивый звонок не исправил недоработку в обслуживании. Через несколько недель, когда чехлы наконец были готовы и сотрудник фирмы настаивал на том, что их надо забрать самостоятельно, Эллис специально заорал в трубку, что будет счастлив «отрезать ему яйца», если чехлы не привезут в течение часа. Чехлы привезли. Суть истории такова: Эллис *действовал гневно*, но утверждал, что не злился. Он знал: *демонстрация* гнева, по всей вероятности, быстро обеспечит желаемое, и притворился. Клиенты, не умеющие различать чувства и действия, зачастую не могут получить желаемое, так как ругательства способны быть важным инструментом при работе с «трудными клиентами», например кредитными организациями, телефонными компаниями, чиновниками и прочими.

Другое изредка встречаемое искажение происходит, когда клиент использует понятие личной ответственности человека за свои эмоциональные реакции в качестве оправдания своего неприемлемого социального поведения. Например, в одном случае семейного консультирования муж отказывался решать вопросы взаимоотношений, не шел на компромиссы по изменению своего поведения и продолжал раздражать жену. Он аргументировал свое поведение утверждением, что она несет ответственность за свои эмоциональные реакции и проблемы: если ее это расстраивает, это ее дело. Жена, с другой стороны, оценивала его поведение

довольно трезво и (по мнению терапевта) уместно реагировала раздражением. Правильно понимая основной принцип РЭПТ, муж не сознавал, что рационально мыслящие люди могут испытывать отрицательные эмоции и хотят изменить A. Хотя он не вызывал C своей жены, тем не менее являлся компонентом A и нес ответственность за брак. РЭПТ проводит различие между не *вызыванием*, но *способствованием* C, будучи неприемлемым для кого-то в A. В действительности этот мужчина требовал, чтобы жена не возражала против его поведения, и неправильно использовал РЭПТ для оправдания собственной позиции. Ответ терапевта на неверное толкование РЭПТ включал обучение тому, что брак – социальный контракт, и хотя необязательно вести себя этично и ответственно, это *выгодно*. Благоразумность жизни в рамках социальных контрактов является ключевым элементом философии РЭПТ.

Хотя в приведенном выше примере клиент неверно использовал принципы РЭПТ, рационально-эмотивно-поведенческая теория утверждает, что мы не несем *полную* ответственность за эмоции других людей. Клиент, очевидно, может нести ответственность за свою бытность активирующим событием для другого человека, но не несет полной ответственности за его эмоциональный дистресс. Наше поведение может не нравиться другим, но их страдания вызывают их собственные самоинструкции. Если клиент понимает, что другие не причиняют ему страданий, понимание способно обеспечить прямой путь к постановке под сомнение любых утверждений, указывающих на предположение о том, что клиент сам по себе причинял страдание другим. Например:

К.: Я чувствую себя виноватой за то, что он расстроен.

Т.: Подождите минутку, Гейл. Вы не можете чувствовать вину по двум причинам. Если вы ответственны за свои отрицательные эмоции, то он ответствен за свои. Ему может не нравиться то, что вы сделали. Однако если он расстроен, как вы ответственны за его расстройство?

Понятие *полной ответственности* имеет решающее значение, и вы можете научить клиента, как в следующей выдержке из руководства по терапии: «Вы взваливаете на себя полную ответственность за чужие проблемы? Если это маленький ребенок, то да, вы несете ответственность; но если, например, ваш девятнадцатилетний сын пристрастился к наркотикам, вам лучше подумать: «Да, мне не нравится, что он употребляет наркотики, и я сделаю все возможное, чтобы повлиять на него, но в конечном итоге я не могу контролировать его поведение, так что ему придется самому принять последствия». Когда в ситуации участвуют двое взрослых, идея может принять извращенную форму: «Если я сделаю это, он будет счастлив; если нет, он будет несчастен. Поэтому я должна поступать так, как он хочет, во избежание его страданий». Что не так в данном рассуждении?

Повторимся, понять суть помогают мини-эксперименты. В следующем примере речь идет о молодой вдове, которая хотела взять с собой в отпуск маленькую дочь, чтобы навестить моряка, с которым она познакомилась. Ее идея встретила недовольство свекрови, заявившей: «Ты отвратительна! Твой муж еще не успел остыть в могиле! Как ты смеешь везти ребенка в гости к незнакомым людям?» Невестку переполнило чувство вины, и она пришла к выводу, что ее мысль о поездке

привела к расстройству пожилой женщины, поэтому она безнравственна. Постановка под сомнение состояла в следующем:

Т.: Давайте проведем эксперимент. Скажите *мне*, что отправляетесь в поездку, и посмотрите, что я отвечу.

К. *(выполняет инструкцию).*

Т.: Замечательно! *(Пауза.)* Так что поездка не может расстроить других. Вашу свекровь расстраивают ее иррациональные убеждения. Вы не можете нести полную ответственность за факт ее расстройства.

Обратите внимание, что дилемму молодой женщины можно истолковать в понятиях этических принципов, обсуждавшихся ранее в рационально-эмотивно-поведенческой философии. Оптимальный выбор – как собственный, так и социальный – будет означать угодить и себе, и свекрови. Однако бывают случаи, когда такого выбора не существует, как в описанной ситуации. Что делать клиентке? Она может остаться дома и угодить свекрови либо поехать в Италию и порадовать себя. Если она возьмет на себя полную ответственность за чувства свекрови, вероятнее всего, останется дома, но если поймет, что свекровь создает собственное несчастье, это понимание может определить решение и помочь ей сделать этичный и рациональный выбор.

Мы *не* выступаем за проявление клиентами черствости и неуважения к чувствам других людей. Однако принимать важные для себя решения, основываясь только на чувствах других, и брать на себя полную ответственность за их чувства нереалистично и невыгодно. Цель РЭПТ – жить в согласии с другими, не подчиняясь им при этом.

Аналогии тоже бывают полезны. Терапевт может попросить клиента подумать о возможности того, чтобы подойти к сотне разных людей и сказать каждому: «Боже, ты такой урод!» Считает ли клиент, что каждый из ста человек почувствует себя несчастным? Вероятно, нет. Собственно говоря, более вероятны другие реакции, в том числе депрессия, сожаление и даже веселье.

Блок 14.5

В качестве упражнения перечислите когниции, которые могут привести к следующим эмоциональным последствиям. Затем посмотрите, можете ли вы продолжить список:

- депрессия;
- сожаление;
- веселье.

Заключение

Мы завершаем обсуждение диспутирования длиной в три главы подробной стенограммой сессии с женщиной тридцати семи лет. На ней терапевт и клиент выясняют ABC проблемной эмоции и терапевт помогает оспорить иррациональные требования.

Т.: Давайте вспомним нашу тему. Прошлый раз мы говорили о вашей матери. Как успехи?

К.: Как раз после того, как я сидела здесь и говорила с вами о том, чтобы не позволять матери тиранить меня – в смысле пытаться ее игнорировать и не реагировать, – уже следующее утро напоминало взрыв бомбы. Даже не знаю, стоит ли вдаваться в подробности произошедшего, но в итоге мать напала на меня в прямом смысле слова, брат стал нас разнимать, а мать притворилась упавшей в обморок прямо на полу, дрыгая ногами, стуча руками себе по голове и вырывая волосы!

Т.: Она устроила истерику?

К.: Именно. Два дня она меня игнорировала, а затем сделала вид, что ничего не случилось – кто бы сомневался. Я живу с реально психованной матерью, которая будет приставать ко мне, пока я не уйду, и тут нет никакого выхода. Я имею в виду, что это факт. Знаете, я пыталась заглушить расстройство по этому и многим другим поводам учебой. Я имею в виду, чем усерднее я работаю, тем быстрее научусь и тем скорее у меня появятся деньги. Я вижу в этом простой выход из стольких трудностей, хотя и не из всех, но из многих!.. Поэтому, если я сижу здесь и учусь-учусь-учусь, найду выход из положения.

Т.: Позвольте мне задать вопрос. Вы говорите об учебе как о полезном или бесполезном способе? Видите ли, если вы все еще позволяете себе слишком расстраиваться из-за поведения матери и по-прежнему считаете ситуацию ужасной, можете работать лихорадочно и говорить себе: «Я должна работать быстрее, я должна работать быстрее – кошмар все еще рядом!» Так это для вас выглядит? Поступаете ли вы правильно, сидя здесь и учась?

К.: Ну…

Т.: Или вы все-таки работаете лихорадочно?

К.: Думаю, да. Я говорю: «Нужно поторопиться и убраться отсюда». Я действительно так думаю. Придирки – вот мой удел. Будто она не может сказать прямо: «Пошла вон, ты меня достала, я хочу, чтобы ты убралась отсюда». Хотя она так и говорит, когда сходит с ума, а когда не говорит, показывает это другими способами.

Т.: Неприятно жить с тем, кто не хочет вашего присутствия. Помните, мы говорили об этом в последний раз – о трех разных категориях ее слов. Иногда она говорит: «Ты меня достала, я хочу, чтобы ты убралась отсюда». Другие ее реплики – намеки, третьи, возможно, никто и не заметит, но вы реагируете на них, потому что слишком болезненно воспринимаете.

К.: Я пытаюсь их сортировать. Я имею в виду, что достаточно долго хожу к вам, чтобы хотя бы попытаться рационально рассуждать о своих проблемах, но на самом деле это не останавливает изначальный поток злости и обиды. При возникновении

таких чувств я начинаю говорить себе: «Хорошо, даже если она меня не любит, даже если отдает явное предпочтение моему брату…» И все в таком духе…

Т.: То что? Закончите свое предложение.

К.: То это не значит, что я пустое место.

Т.: Ее мнение – лишь ее мнение.

К.: Но в то же время гнев еще внутри меня, и когда я одна, и когда еду в метро и мысли просто текут в моей голове, гнев охватывает меня до такой степени, что я… Я фантазирую про нее действительно очень нехорошие вещи.

Т.: Позвольте мне прервать вас на минуту. Похоже, вы делаете одну очень хорошую вещь. Похоже, когда она начинает обычные придирки и вы обнаруживаете свою реакцию на них, вы используете свою эмоциональную реакцию в качестве сигнала и говорите себе: «Стоп, я слишком остро реагирую».

К.: Да, я так и делаю. Я сделала так после той драки. Но на следующее утро *(продолжает рассказывать другую историю о стычке с матерью)*, а затем она налетела на меня: «Убирайся из моего дома. Я тебя ненавижу!» И все переросло в драку. Из-за нее я вышла из себя и в данном случае вела себя, как человек. Потому что я была зла. Это накапливалось в течение недели.

Т.: Хорошо, значит, вы не идеальны.

К.: Нет.

Т.: Позвольте мне вернуться к тому, что я считаю одной из проблем. Когда я слушаю вас, мне кажется, что иногда вы достаточно преуспеваете в рациональном разговоре с самой собой, а в других случаях это не помогает. Давайте решим проблему и рассмотрим, когда это не работает и почему. Итак, вы упомянули, что пока мать сводила вас с ума, вы могли сказать себе: «Хорошо, ее мнение – это ее мнение. Если она думает, что я дерьмо, это не делает меня дерьмом». Подобные самоинструкции полезны для противодействия определенным эмоциям. Можете ли вы сказать мне, что это за эмоции?

(Терапевт помогает клиентке различить B и C двух разных эмоциональных проблем.)

К.: Ну, думаю, что я чувствую обиду – или самоуничижение, потому что меня критикуют.

Т.: Точно. Самоуничижение – это депрессия. Но эти когниции, эти полезные мысли не помогут в гневе, потому что начинает работать другой набор иррациональных мыслей, отличных от депрессии. Все равно что принимать не то лекарство.

К.: Как вы думаете, вписывается ли в данный вид терапии идея о том, что подавленный гнев становится депрессией? Потому что я такое слышала.

Т.: Я тоже слышал такое. Скажем так: я не думаю, что выраженный гнев полезнее подавленного. Ключ к успеху не в том, проговариваете вы его или нет, впадаете в истерику или нет, а в том, чтобы искоренить гнев. Вы отсекаете его от вызывающих его причин, как поступили со своей депрессией. Вы начинаете говорить с собой. У вас есть хорошие техники для борьбы с депрессией. Теперь давайте найдем техники для борьбы с гневом, хорошо?

К.: Хорошо.

Т.: Во-первых, проанализируем ситуацию на наличие АВС. А – это поступки матери, С – ваш гнев, а не депрессия. Какие В вы можете назвать?

К.: Когда у меня гнев?

Т.: Да, гнев. Не депрессия.

К.: Понятно.

Т.: Снова ищите слово «должна».

К.: Ну, я не должна быть в ситуации, когда кто-то так несправедлив ко мне.

Т.: Это хорошая мысль для начала. Она провоцирует ваш гнев? Звучит как «бедная я, бедная».

К.: Да.

Т.: «Бедная я» вас не злит.

К.: Ну хорошо, моя мать должна быть понимающей.

Т.: Это обычные слова в таких случаях. Гнев направлен вовне, не на себя, а на окружающих. Это «долженствование» матери. «Матери не следует кричать на меня, ей не следует говорить отвратительные вещи». Еще какие-нибудь идеи?

К. *(вкратце пересказывает следующую историю домашней ссоры).*

Т.: Хорошо, остановитесь на этом месте. Где здесь иррациональное убеждение?

К.: Ладно. Даже если они относятся ко мне таким образом, они всего лишь относятся ко мне таким образом. Реальность такова, что мой брат определенно предпочтительнее меня.

Т.: И где здесь иррациональное убеждение?

К.: Это не означает, что я такая, какой меня видят.

Т.: Нет, какую иррациональную идею вы себе говорите? Знаете?

К.: До некоторой степени, раз я позволяю так обращаться со мной, значит, действительно этого заслуживаю. И если бы у меня была гордость, чувство собственного достоинства или здравый смысл, я могла бы повернуть ситуацию иначе.

Т.: Это ваша депрессия, ваши слова себе «бедная я» и «плохая я». Давайте оставим их в покое. Какое убеждение способствует гневу? Ей не только следует не кричать на вас и не говорить отвратительные вещи, она еще «должна» как-то относиться к вам?

К.: Ну, ей следует относиться ко мне, как к остальным членам семьи.

Т.: Ей следует относиться к вам честно и справедливо. Вот некоторые из ваших долженствований. Из рационально-эмотивно-поведенческой теории мы знаем, что проблема заключается в злоупотреблениях «следует» и «должен»: ваше убеждение состоит в том, что матери не следует делать такие вещи и она должна относиться к вам справедливо.

К.: Такие долженствования у меня и для себя. Мне не следует кричать на мать. Мне не следует проявлять характер или неудовлетворенность способами, доставляющими людям неудобства. В глубине души я действительно хочу пойти к ней, ударить кулаком по столу и сказать: «Что за фигня! Я имею в виду, он [брат] весь год пролежал в постели, а мне ты говоришь, что ему можно так делать, потому что он платит тебе деньги, а ему говоришь, что ты все отдаешь ему».

Т.: Было бы неплохо это высказать, но только если вы не в ярости, а просто решительно настроены попытаться изменить то, что можно изменить. Говоря

твердо, можно добиться лучших и более эффективных результатов. Но давайте вернемся назад – у нас есть А, В и С.

К.: Хорошо.

Т.: У нас есть гнев и когниции, генерирующие гнев, являющиеся долженствованиями. Теперь давайте перейдем к D. Какие вопросы вы хотите задать себе по этому поводу?

К.: Почему я не могу высказать ей все, что думаю? Это для меня загадка. Дело в том, что во мне столько гнева, а я просто не могу найти слов, чтобы сказать: «Так несправедливо». Я не знаю, как с ними общаться: и с братом, и с матерью.

Т.: Подождите. Это другая проблема. Это проблема «вас». А мы хотим разобраться с проблемой «их». С теми людьми, которые несправедливо относятся к вам, и с вашим гневом по этому поводу. Во-первых, согласны ли вы отказаться от него? Не от своей решимости, а от гнева.

К.: Хорошо. На данный момент я чувствую, что мне будет досадно не обижаться или не чувствовать гнев. Сейчас это оправдано ситуацией.

Т.: Если бы вы спросили: «Вы пытаетесь заставить меня ничего не чувствовать или просто радостно принять все это дерьмо?», – я бы ответил: «Нет, это безумие». Надо быть сумасшедшим, чтобы такому радоваться. Но я не вижу, чтобы гнев по этому поводу приносил вам пользу. По этой причине я думаю, что было бы лучше избавиться от ярости и уменьшить ее до такой степени, чтобы вы могли сказать: «Мне это не нравится, и я собираюсь сделать для изменения ситуации все, что смогу». В конце концов, что делает с вами гнев? Он вызывает спазмы в желудке, а это плохо для пищеварительной системы с физиологической точки зрения.

К.: Да, я всю неделю точно их ощущаю. И пытаюсь сдерживаться, поэтому просто замолкаю и не хочу ни с кем разговаривать, и тогда они вспоминают, что я в депрессии.

Т.: Хорошо, давайте работать над гневом. Прошло достаточно времени с тех пор, как мы последний раз выполняли ABCD, так что повторим. Выполняя D, вы перебираете безумные идеи и задаете себе вопросы.

К.: Почему матери следует быть со мной справедливой?

Т.: Верно! Где доказательства того, что она должна вести себя с вами мило?

К.: Я не знаю. В школе я замечаю, как многие прекрасно живут дома. Они ходят везде с семейной кредиткой, делают что душе угодно, родственники целуют их в попки, а те думают, что так и надо.

Т.: Согласен, это замечательно. Но почему ваша мать должна так делать?

К.: Почему она должна? *(пауза)* Я думаю, что она должна! Ей следует быть справедливой. Т.: Почему?

К.: Только потому, что я хочу от нее этого *(смеется).*

(Терапевт позволил клиентке неоднократно бороться с вопросом, вместо того чтобы дать готовый ответ за нее.)

Т.: Это верно. «Она должна делать то, что я хочу от нее». Куда это вас приведет?

К.: Гм-м-м.

Т.: Я целиком и полностью согласен, что было бы неплохо, если бы мать относилась к вам справедливо. Это было бы приятно, сделало бы вашу жизнь проще и было бы выгодно для вас. Ваша жизнь стала бы намного легче, если бы у вас были

богатые, любящие родители, которые относились бы к вам справедливо. Мы могли бы это доказать и провести эксперимент, объяснив преимущества. Можем ли мы провести эксперимент, чтобы доказать, почему вашей матери следует так делать? Зачем ей это?

(Терапевт никогда не оспаривает утверждение клиента о выгодности иметь желаемое, только требование, чтобы так было на самом деле.)

К.: Возможно, где-то в глубине души – она не настолько глупа, – если она осознает это, не сможет больше чувствовать себя хорошо. Я имею в виду, как может мать чувствовать себя хорошо, поступая несправедливо?

Т.: Верно. Так что, возможно, ей было бы даже лучше относиться к вам справедливо.

К.: Да, возможно.

Т.: Но почему она должна? Даже если это было бы хорошо для вас и, вероятно, даже для нее, почему она обязана делать вам приятное?

(Терапевт повторяет то же оспаривание.)

К.: Хорошо, она не должна.

Т.: Не думаю, что вы в это верите.

К.: Одна из мыслей, которые мне помогают, это: «Хорошо, не моя вина, что она так поступает». Факт, что она не обязана быть справедливой, и совсем не мое дело заниматься ее исправлением. Я живу в это время и в этом месте не для того, чтобы воспитывать мать и заставлять ее понять, как важно быть справедливой.

Т.: Верно. Но если вы не станете усердно работать над отказом от веры в то, что «она обязана», во-первых, будете постоянно разочаровываться в ней, пытаясь ее контролировать…

К.: Однажды, придя в отчаяние, я поговорила об этом с отцом. Она всю жизнь очень властно вела себя с ним и несправедливо к нему относилась, и он откровенно сказал мне: «Я выяснил, что лучший способ жить с ней – подчиниться. Так я и живу». И это правда. Любой, кто пожил бы в моем доме в течение трех дней, посмотрел бы на него и сказал: «Он ее раб и слуга; унижается, вместо того чтобы бороться».

Т.: Хорошо, позвольте мне задать один вопрос. Он расстраивается? Он спокоен внешне, но кипит внутри или философски относится к ситуации?

К.: Думаю, он много лет жил так же, как я, – страдая от боли внутри, но не выражая ее.

Т.: А сейчас?

К.: Сейчас он, кажется, смирился с ее поведением и решил, что проще с ней не связываться. Я же… считаю раболепие неподобающим. Если она ведет себя очень властно, значит, я должна ей угождать. Это неприятно.

Т.: Я слышу, как вы говорите: «Хорошо, что отец больше не расстраивается из-за ее дурного поведения. Он расслабляется и получает удовольствие». Он не пытается дрессировать ее или держать в форме постоянной конфронтацией.

К.: Верно.

Т.: Во-первых, это говорит мне, что у нее есть веская причина не меняться. Позади – годы тренировки и укрепления власти.

К.: Верно! Все в семье ей подчиняются.

Т.: Так что решение бросить вызов системе в лучшем случае будет для вас тяжелым трудом. Вы собираетесь переучить женщину, шестьдесят с лишним лет подкреплявшую свое поведение. Вам придется очень нелегко. Знание этого способно помочь вам принять решение, связываться с ней или нет – стоит ли оно того?

К.: Верно.

Т.: Я услышал еще одну вещь – ваш выбор слов для описания поведения отца: «раболепный» и «покорный». Что он тряпка и люди вытирают о него ноги. Таково ваше восприятие.

К.: Верно. Это сыграло большую роль в выборе мною мужчин. Я никогда не выносила парней, которые делают для меня все, что я говорю. Я годами наблюдала за поведением отца, и у меня сложилось такое мнение.

Т.: Верно. Однако это ваше восприятие. Теперь я предлагаю вам попытаться объективно описать поведение отца, не используя слова вроде «раболепный», которые сами по себе негативны или уничижительны. Как бы вы объективно описали его поведение?

К.: Гм-м-м. Объективно. Когда мать нападает на отца без видимой причины, он не защищается и не отвечает ей тем же.

Т.: А что он делает?

К.: Он сохраняет спокойствие либо говорит очень мягко: «Сейчас-сейчас, дорогая». И делает то, что ему говорят.

Т.: И вопрос решается?

К.: Да, но так происходит постоянно. Не раз в день, потому что со второго раза вы уже теряете контроль над ней, и начинается шквал требований. Сплошные приказы.

Т.: Итак, ваш отец позволяет ей это делать, он соглашается с ее требованиями, но не расстраивается. Он не переживает, выбрал собственный способ адаптации.

К.: Верно.

Т.: В адаптации есть два момента. Во-первых, как он реагирует внутренне – его эмоции, и, во-вторых, как он реагирует на ее поведение внешне.

(Терапевт помогает клиентке понять поведение отца эмпатически.)

К.: Понятно.

Т.: То, что я слышу от вас, возможно, эмоциональная реакция, это нормально. Его очевидная способность не расстраиваться из-за сумасшедшей жены – то, чем вы хотели бы обладать. Быть философом и позволять ей сходить с ума.

К.: Верно. Но не вести себя так же.

Т.: Верно.

К.: Потому что мне неприятна такая «я». Я заметила за собой, что часто не остаюсь в долгу. Когда она начинает критиковать меня, я плачу́ ей той же монетой.

Т.: Позвольте предложить вам взглянуть на поведение как на отдельную проблему – серию стратегий. Первый шаг остается прежним: вы хотите справиться с яростью. Справившись с ней, вы, вероятно, сможете решить проблему лучше: «Хорошо, я могу поэкспериментировать, попробовать отвечать тем же и посмотреть, как это работает. Я могу попытаться подкрепить лучшее поведение матери и посмотреть, как это работает. Я могу попытаться сделать то же, что мой отец: заткнуться и делать, что просят, и посмотреть, как это работает. Я могу попытаться быть очень твердой и вступить в конфронтацию. Я могу попытаться читать нотации.

Я могу попробовать давать ей соответствующую литературу». Вы можете пробовать разные стратегии. Если после соответствующих усилий стратегия не помогает, вы заканчиваете эксперимент и говорите: «Так, это не повлияло на ее поведение, попробую что-нибудь другое». Все эти стратегии – просто варианты поведения.

К.: Они хороши, правда, потому что придают мне сил. Я могла бы кое-что попробовать.

Т.: Да, как ученый. Но он никогда не станет настоящим ученым, требуя, чтобы данные его экспериментов были такими, как он хочет!

(Терапевт указывает на то, почему неэлегантное решение не подходит.)

К.: Да.

Т.: Пока вы требуете, чтобы мать изменила свое поведение, будете на нее злиться.

К.: Согласна.

Т.: Первый шаг – отказаться от требований и отречься от гнева, а затем попробовать стратегии и эксперименты. Лучшее, что нужно сделать, – отказаться от долженствований. Если вы действительно сможете поверить в то, что она не обязана меняться… что она может никогда не измениться…

К.: Вы правы. Она точно не собирается меняться!

Т.: Она может измениться, а может не измениться. Вы можете пробовать стратегии. Но если вы сумете отказаться от долженствований, требования ее изменения и впитать в себя философские идеи вашего отца: «Она такая, какая есть; кажется, она не хочет меняться, и у нее нет для этого причин, а я сижу и требую, чтобы она изменилась…»

(Терапевт использует отца в качестве модели рационального отношения к ситуации.)

К.: Когда вы так говорите, я действительно это вижу! Я чувствую, что вы говорите.

Т.: Вы можете себе представить, что если просто запомните это и будете говорить себе между сессиями, у вас все будет в порядке. Есть замечательная книга Пола Хока «Преодоление фрустрации и гнева» и другая – Альберта Эллиса «Как жить с гневом и без него». Прочитав любую из них, вы закрепите сделанное нами сегодня.

К.: Я действительно чувствую себя лучше. Я так и сделаю. Имею в виду, что ужасная ситуация свелась к тому, что… она такая, какая есть – крепкий орешек!

Т.: Браво! Просто фантастика! Вот эмоциональное доказательство того, что вы можете заставить оспаривание работать.

К.: Да.

Т.: Сейчас вам действительно лучше не забывать об этом в перерыве между нашими встречами.

К.: Хорошо.

Т.: Вот почему полезно иметь под рукой хорошую книгу.

Глава 15

Терапевтические стили: «как» не есть «что» в оспаривании убеждений. Использование активно-директивного стиля

РЭПТ-терапевтов можно отличить от терапевтов большинства других школ по их активному, директивному стилю. Поскольку РЭПТ-терапевты работают с моделью определения, оспаривания и замены саморазрушительных мыслительных паттернов, вероятно, они задают больше вопросов закрытого типа, чем открытого. Ключевые слова, фразы, интонации и невербальные аспекты поведения клиента часто вызывают у терапевта гипотезы о том, что он думает или чувствует. Хотя терапевт может его расспросить по подсказкам с открытых вопросов, далее последуют более конкретные закрытые вопросы, предназначенные для проверки гипотез терапевта. Мы рассчитываем, что терапевт будет вести сократовский диалог с клиентом для сосредоточения на определенных направлениях, подобно пастушьей собаке ведя его через полное отвлекающих факторов поле и удерживая внимание.

Активно-директивная терапия работает как обоюдоострый меч. С одной стороны, она делает терапию более эффективной и действенной, с другой – дает возможность совершать больше ошибок. Недирективное воспроизведение чувств клиента и наблюдение за процессом появления важной информации из нескольких правильно заданных открытых вопросов может оказаться неэффективным, но так у терапевта меньше шансов сказать что-то оскорбительное, нарушающее терапевтический альянс. Терапевты могут слишком быстро задавать слишком много вопросов, не давая клиенту достаточно времени на обдумывание ответа. Либо нагромождать вопросы: один за другим задать сразу несколько вопросов, прежде чем клиент успеет ответить на первый. Они могут слишком много говорить и разражаться длинными монологами, словно ведущие вечернего ток-шоу. Они могут читать нотации, не интересуясь, понимает ли клиент то, чему они учат. Давать слишком много практических советов и вступать в сговор с клиентом во избежание элегантного, философского решения проблемы. Начинающие терапевты часто принимают активно-директивные рекомендации РЭПТ за вседозволенность. Слушая записи таких бубнящих терапевтов, мы часто напеваем рок-н-ролл Джо Джонса 1961 года «Ты слишком много говоришь». Эта глава посвящена уместным или эффективным стилям активно-директивной РЭПТ и способам избегания ошибок, часто допускаемых при использовании такого стиля.

Практический совет. Активным терапевтам легко попасть в «ловушку советов», в которой они снабжают клиентов практическими решениями проблем либо рекомендуют конкретное решение. Вспомните замечание из предыдущих глав о том, что мы проводим границу между практическими и эмоциональными решениями проблем клиентов. Практические решения меняют А, эмоциональные – меняют С. РЭПТ не против помогать клиентам использовать практические решения для изменения вредных А в жизни. Иногда мы рекомендуем их вначале, а порой – *после* работы над эмоциональным решением. Даже помогая клиентам практическими

решениями, стараемся научить их навыкам решения социальных проблем, а не вручаем готовый вариант. Важно дать клиентам понять, что у них есть выбор и что мозговой штурм и решение проблем – навыки, которым можно научиться, особенно понимая, как не расстраиваться. Концепция решения проблем в качестве навыка согласуется с целью безусловного поощрения независимости от терапевта и будет подробно обсуждаться в главе 17. Активно-директивная психотерапия не означает раздачу советов.

Дидактическая оценка B. В главе 9 мы обсудили стратегии оценки ИУ клиентов. Чрезмерно активные и директивные терапевты часто теряют терпение в процессе терапии из-за отсутствия ясности понимания иррационального убеждения клиента. В беседе с ним они хотят избежать «насаждения» иррациональных утверждений, которые присутствуют согласно теории РЭПТ. Говорить клиентам их мысли не есть активно-директивная терапия, это вредная техника, способная привести к разрыву терапевтического альянса. Если терапевт хочет указать на них клиенту, нужно высказывать их в форме переспроса, проверяя, поддерживает ли и разделяет ли клиент эти мысли. Терапевт может сказать: «Похоже, вы говорите о том, что *должны* делать X. Я вас правильно услышал?»

Желательно произносить иррациональные убеждения, задавая вопросы в нужной форме.

Пример 1

НЕ: Почему вы разозлились?

А: Что вы сказали себе, чтобы разозлиться?

ИЛИ: Вы разозлились, говоря себе о том, как с вами обошлись?

Пример 2

НЕ: Что в ваших проблемах связано с борьбой за власть?

А: Что вы говорите себе, чтобы расстроиться, обнаружив, что вы вступили в борьбу за власть?

ИЛИ: Вы расстраиваетесь, потому что, борясь за власть, говорите себе о важности победы?

Пример 3

НЕ: Значит, вы считаете, что он должен вас любить?

А: Что вы думаете о его нелюбви к вам?

ИЛИ: Как вы оцениваете его нелюбовь к вам? Может, вы катастрофизируете ситуацию?

Таким образом, вместо того чтобы указывать клиентам на их мысли (например, «Вы требуете»), попытайтесь привести их к самостоятельному обнаружению таких мыслей с помощью вопросов типа: «Что вы говорите себе?» Ответственность за правильную терапию на клиента возлагают вопросы, а не ответы.

Пример 4

НЕ: Это неправда!

А: Откуда вы знаете, что это правда?

ИЛИ: Какие у вас есть доказательства того, что это правда?

ИЛИ: Что могло бы убедить вас, что это *не*правда?

Дидактическая лекция против Сократовского диалога

В главе 10 мы представили два разных способа изложения принципов

РЭПТ: формат лекции и сократовский диалог. Поскольку РЭПТ – психообразовательная философия и терапия, многим помогает изучение ее принципов на лекциях и семинарах, в книгах, блогах и других видах презентаций. Эллис реально помог тысячам людей справиться с эмоциональными нарушениями, используя данные форматы. Лектор напрямую сообщает клиентам информацию о том, как они вызывают у себя нарушения, и иллюстрирует сказанное выразительными средствами – притчами, аналогиями и метафорами. Лекция также объясняет, почему одни идеи иррациональны, а другие более рациональны. РЭПТ давно выступает за научение клиентов на начальных этапах терапии принципам терапии с помощью любого из этих форматов. Собственно говоря, стратегия психообразования перед проведением индивидуальной или групповой терапии распространена во всех формах КПТ и называется *вмешательствами низкой интенсивности* (Bennett-Levy, 2010). Такие вмешательства имеют смысл для профилактики здоровья общества. Некоторым людям помогут эти недорогие психообразовательные методы. Рекомендуя их в первую очередь, мы оставляем более дорогую психотерапию тем, кому не удалось извлечь пользу из психообразования. Настоятельно советуем нашим читателям создавать РЭПТ-программы с низкой интенсивностью. То же верно в отношении пропаганды психообразования в психотерапии. Психотерапия больше связана с сотрудничеством и отношениями, у клиентов могут быть ожидания относительно того, как их собираются лечить. Желательно проводить на терапии дидактические презентации – это эффективный способ передачи информации. Дидактические презентации более уместны на первых сессиях для ознакомления с основными принципами РЭПТ. Они могут быть полезны клиентам с определенным уровнем культуры, ожидающим активных вмешательств терапевтов, и обладателям более низких интеллектуальных способностей, людям с неврологическими нарушениями, как правило требующим большей структурированности. Дидактические презентации могут быть уместны в случаях, когда проблема клиента связана с незнанием конкретной темы.

Использование дидактических презентаций требует осторожности. Если вы читаете лекцию, даже отличную, как поступит клиент с информацией? Вероятно, как большинство студентов: запишет в (мысленную) тетрадь и отложит до следующей контрольной – в данном случае до следующей сессии. Помните об этой тенденции, возвращайтесь к обсуждаемым ранее мыслям и задавайте по ним вопросы, чтобы убедиться, что клиент «с вами». Не переходите к следующему пункту, пока не выясните, что клиент понял предыдущий. Кроме того, задавайте поведенческие домашние задания для активного использования им лекционного материала (см. главу 16).

Итак, психотерапия занимается менее интенсивной психообразовательной деятельностью, чем другие форматы, и имеет преимущество – большое количество диагностических расспросов для помощи клиенту в изменении. Использующий сократовский диалог терапевт полагается на выразительные вопросы для

приведения клиента к инсайту или соответствующему выводу. Поэтому сократовский диалог – медленная и более методичная процедура. Она приводит к открытию клиентами своих мыслей, поэтому они охотнее их усваивают и меньше сопротивляются новым РУ. Обе техники ценны в образовательных целях, но компетентные практики сознают их ограничения.

Сократовский диалог имеет много преимуществ, помогая научению и воспроизведению информации в памяти. Психологическое исследование относительной эффективности воспроизведения в памяти, по сравнению с опознающей памятью, указывает на то, что побуждение клиента *порождать* соответствующие когниции посредством сократовского диалога ведет к превосходному удержанию материала в памяти, если сравнивать с чтением лекций, что позволяет легко *распознавать* соответствующие когниции. В то время как дидактический формат состоит из разных по объему последовательных монологов, в сократовском диалоге клиент передает материал своими словами и так же воспроизводит его в памяти, способствуя сохранению. Вероятно, сейчас самое время вернуться к обсуждению сократовского диалога в главе 10.

Сравните следующие способы изложения:

Дидактическая презентация

«Шонда, вы выглядите расстроенной и встревоженной тем, что мать вас не одобряет. Позвольте мне потратить немного времени и объяснить, что заставляет людей тревожиться. Большинство считает, что их тревогу вызывают происходящие с ними вещи. Вы думаете, что ваша тревога вызвана неодобрением матери. На самом деле мы не считаем это правдой. Люди обычно расстраиваются из-за того, что сами думают об этом. Например, если бы сто человек испытывали такое же неодобрение со стороны своих матерей, они не все чувствовали бы то же самое. Некоторые чувствовали бы счастье или облегчение, что мать не заботится о них и оставляет в покое. Другие будут ужасно расстроены и склонны к самоубийству. А третьим будет все равно. Возможен целый спектр реакций. Так что активирующее событие и поступки матери по отношению к вам не вызывают эти разные реакции. Их вызывает то, о чем вы думаете, – ваши убеждения. Далее, различные виды убеждений вызывают разные виды эмоций. Алогичные или иррациональные убеждения, преувеличивающие ужасность ситуации, вызывают нарушенные эмоции, а рациональные и логические – более здоровые, ненарушенные эмоции».

Блок 15.1

Вспомните собственное поведение на лекции. Чем вы занимаетесь? Ничем особенным, так ведь? Вы сидите тихо, вероятно, киваете в знак согласия и иногда делаете заметки. Это довольно пассивное поведение, что иллюстрирует целесообразность не ограничивать свои терапевтические вмешательства только лекциями.

Послушайте запись сессии, на которой вы сделали несколько дидактических презентаций. Попробуйте выяснить, понял ли клиент основные моменты. Что вы могли бы сделать для оценки его понимания?

Сократовский диалог

Т.: Хорошо, Шонда, я понимаю, что вы чувствуете тревогу, когда мать придирается к вам или когда вы думаете об этом. Теперь как вы думаете, откуда берется эта тревога?

К.: Конечно, от матери. Если бы она перестала ко мне приставать, я не тревожилась бы!

Т.: Похоже, так и есть, но существуют люди, которые не тревожатся, когда матери их критикуют. Тогда почему они не тревожатся, если испытывают то же самое?

К.: Потому что им не надо жить со своими матерями!

Т.: Хорошо, давайте предположим, что им все-таки надо. Давайте предположим, что есть группа людей с враждебно настроенными, придирчивыми матерями, с которыми им приходится жить, но они не испытывают тревоги или расстройства по этому поводу. А теперь какая разница у вас с ними?

К.: Может быть, их матери не так много для них значат, как моя мама для меня.

Т.: Такое возможно. Слово «значит» очень важно, не так ли? Потому что именно значение, которое мы придаем ситуациям, в данном случае – поведению вашей матери, ведет к нашим эмоциям. Как думаете, какое значение вы придаете поведению матери?

К. *(пауза)*: Это сложный вопрос.

Т.: Но вы явно не думаете: «Здорово, что она так поступает. Я очень рада». Или нет?

К.: Нет-нет!

Т.: А что вы говорите?

К.: Это совсем не здорово! Ужасно, что она так поступает! Она должна меня любить. Я имею в виду, что человеку необходима любовь матери.

Т.: Вот именно! Вы говорите, что ее поведение ужасно или кошмарно. Назовем это «катастрофизацией», это и есть пример иррациональной идеи. А такие идеи приводят к расстраивающим, дисфункциональным эмоциям.

Говоря в основном повествовательными предложениями (как в лекционном формате), а не задавая вопросы (как в сократовском диалоге), вы подвергаетесь двум основным рискам. Во-первых, рискуете оказаться в роли «эксперта», которого, например, можно рассматривать ответственным за брак клиента. Таким образом, декларативный стиль может сообщить клиентам, что они могут, не думая, согласиться со словами врача или положиться на него в решении проблем. Во-вторых, вы можете выдвигать идеи, которые клиенты все равно будут отрицать или спорить с ними, даже если они правильные. Вопросы, как правило, – лучший способ получить материал от клиентов и научить их помогать себе. Однако для ведения сократовского диалога необходимо уметь задавать правильные вопросы.

Мы обнаружили, что терапевты, приходящие в РЭПТ после занятий психодинамической, клиент-центрированной или экзистенциальной психотерапией,

зачастую слишком недирективны. Они практиковали недирективные техники и переоценивают негативное влияние , которое окажет на клиента бóльшая активность с их стороны. Им мы рекомендуем собирать данные. Что происходит при увеличении степени директивности? Терапевты, приезжающие заниматься РЭПТ в качестве магистрантов или новых специалистов, обычно слишком директивны, и мы сдерживаем их с помощью наставничества.

По мере продвижения терапии вы, скорее всего, будете использовать меньше дидактических презентаций и больше вопросов сократовского диалога. Это позволяет клиентам самим находить ответы на свои вопросы. Столкнувшись с А в реальном мире, они справятся только в случае, если смогут оспорить свои ИУ или придумать новые РУ. Сократовский расспрос помогает получить практику в процессе их создания. Вы можете вернуться к использованию большего количества дидактических презентаций впоследствии, если клиент приходит с новой проблемой. Однако скоро вы уменьшите их количество и увеличите число вопросов сократовского диалога.

Блок 15.2

Послушайте некоторые из ваших последних аудиозаписей терапии, обращая внимание на то, кто больше говорил на сессии. Вы или клиент? Вы слишком часто читаете лекции? Или чересчур мало говорите? Какова была ваша цель в обоих случаях?

Теперь возьмите двух клиентов и выберите для каждого свой стиль терапии: сократовский диалог или дидактическую презентацию. Используйте их для изложения мысли, понимания которой хотите достичь от клиента на следующей сессии. Затем запишите сессии на диктофон. Позже прослушайте, чтобы выяснить, достигли ли вы своих целей в каждом случае. Что сработало лучше при донесении вашей точки зрения?

ФОРМА ВОПРОСОВ

Форма, в которой терапевты задают вопросы, важна, и распространенная ошибка, допускаемая плохо знакомыми с РЭПТ терапевтами, состоит в задавании слишком большого количества вопросов, начинающихся со слова «почему». На это трудно ответить: ответы часто бывают излишними, повторяющими причину прихода на терапию. Почему-вопросы включают вопрос о мотивации, выделяют цель либо основные или непосредственные причины поведения клиента. Они будут составлять отчеты клиентов об А, предшествовавших нездоровым, нарушенным эмоциям, или главной причине их нарушения, например отношению к ним родителей. РЭПТ стремится понять процесс случившегося в А, а также мысли и чувства клиента. Вот несколько примеров замены вопроса «ПОЧЕМУ» вопросами «ЧТО» или «КАК».

НЕ: Почему вы испытываете тревогу?

А: Как думаете, что вызывает вашу тревогу?

ИЛИ: Знаете ли вы, что можете контролировать свою тревогу?

ИЛИ: Как думаете, каким образом вы впадаете в тревогу?

В качестве удобной замены «почему» терапевт может спросить «каким образом» или «как».

Предложение гипотетических сценариев тоже может оказаться полезным. Боящемуся определенных жизненных событий клиенту терапевт может, например, сказать: «Что бы вы сделали, проснувшись завтра утром женатым человеком (потерявшим работу и т. д.)?» Такие проверки гипотетических событий помогают не только получить когнитивные образцы, но и прямо снизить избегание клиентом вызывающей страх ситуации. Другой пример касается депрессивного клиента, страдающего от головных болей: «Предположим, вы были сегодня на приеме у невролога и он выписал новое чудодейственное лекарство, избавляющее от головных болей. Завтра вы проснетесь без них. Как это изменит вашу жизнь? Как вы справитесь?»

Такие вопросы, в частности, служат методами мини-торможения, напоминающими низкие уровни в иерархии десенсибилизации. То есть клиенты могут избегать конкретной проблемы или обязательства в жизни, и противодействие ей на словесном уровне провоцирует страх меньше, чем непосредственное участие.

Сосредоточение внимания На проблеме

Основная и часто трудная задача для терапевта – сосредоточение внимания клиента на проблеме. Многие терапевты предполагают, что отступления от темы являются признаком патологической устойчивости или избегания расстраивающих тем. Хотя иногда это может иметь место, более вероятно, что клиенты демонстрируют нормальное социальное поведение. Чтобы разобраться для себя в этом моменте, проследите за несколькими разговорами с другом или коллегой и отметьте, сколько разных тем обсуждается в течение двадцати минут. Разговор, скорее всего, перескакивает с одной мысли на другую, в зависимости от того, что приходит в голову собеседникам. Сессии терапии имеют цели, поэтому разговоры должны сосредотачиваться на информации, которая к ним приведет. Некоторых клиентов нужно подготовить к данному аспекту терапии.

Части клиентов нравится много говорить и сообщать множество лишней информации, уводящей терапию от поставленных задач и целей сессии. Для остановки хаотичных монологов и сдерживания лавины ненужных сведений полезная стратегия заключается в продуманной постановке вопросов. Задавайте следующий вопрос, как только клиент ответит на предыдущий, даже если придется его прервать. Трудно вести диалог, если терапевт не хочет быть твердым.

Задав вопрос, внимательно слушайте, ответил ли на него клиент. Убедитесь, что он отвечает на ваши вопросы. Если нет, рекомендуется их повторить. Вот некоторые причины, по которым клиенты могут не отвечать:

- Они не обратили на вопрос внимания.
- Они неправильно поняли вопрос.
- Если они не поняли вопрос, могут стесняться попросить его объяснить.
- Они могут избегать болезненной темы.
- Они могут не уметь общаться.
- У них могут быть неразвиты привычки мышления, они думают нелогично или хаотично.

Повторение вопроса служит терапевтическим целям: оно моделирует ассертивность и помогает клиентам научиться сосредотачивать внимание или противостоять вызывающим тревогу ситуациям. Игнорирование ответов невпопад поощряет патологию. Если клиенты повторно не могут ответить на вопросы, полезная стратегия – остановить их хаотичные мысли и задать вопрос в духе Сократа: как их ответ соотносится с вопросом? Это даст информацию о том, является проблема дефицитом внимания, избеганием или недостатком социальных навыков. Если у вас есть гипотеза, почему клиент избегает вопроса, сообщите ее ему.

Многим начинающим терапевтам неудобно останавливать лирические отступления клиента и повторять оставшиеся без ответа вопросы. Они возражают нам, что некрасиво перенаправлять его внимание, и беспокоятся, что так обидят его или даже причинят боль. Исходя из нашего опыта, большинство клиентов не возражает против прерывания их речи. Однако если они обижаются, вы можете подробно объяснить причину остановки монолога. Дело в том, что терапия – не социальное общение, для работы над проблемами есть примерно сорок пять минут, то есть время для достижения целей сессии ограничено.

Прослушивание записей сессий с такими клиентами улучшит ваши навыки обнаружения хаотичных разговоров. Чтобы клиенты научились видеть свое проблемное поведение, их следует побуждать делать то же самое.

Перефразирование или повторение вопроса полезно и в случае непонимания вами ответа клиента. В таких ситуациях вы можете сказать: «Не уверен, что понял вас в этом месте, не могли бы вы объяснить еще раз?» Если вы не понимаете клиента, молчание может вас выдать. Если выяснится, что вы не поняли, о чем говорил клиент, он может рассердиться. Вы также тратите драгоценное время, позволяя ему продолжать, не понимая, о чем он говорит. Повторимся: наш опыт подсказывает, что большинство клиентов не обижают уточняющие вопросы; наоборот, они позитивнее воспринимают терапевта за честное поведение. Обе стороны извлекают выгоду из продуктивного общения.

Вы можете усилить способность клиента к сосредоточению внимания, не занимаясь слишком большим количеством ABC за одну сессию. Лучше взять одну проблемную область и сосредоточиться на ней, пока не разработаете новое, альтернативное рациональное убеждение и не зададите ряд домашних заданий или пока не будет достигнута некоторая завершенность проблемы перед тем, как двигаться дальше.

Структурируйте и уплотняйте беседу, ограничив обсуждение парой тем. Используйте методы переобучения, в том числе вознаграждение за внимание к теме и проясняющее уточнение при отступлении от нее. Например, вы можете сказать клиенту: «Вот это да, вы отлично изложили свою проблему! Прекрасно, что вы остановились на этой теме, она для нас полезна». С другой стороны, вы можете сказать: «Знаете, вы отошли от темы, и я потерял нить разговора. Объясните мне еще раз!» Как и в поведенческих тренингах, мы рекомендуем делать акцент на позитивном подкреплении.

Сосредоточение клиента на проблеме имеет дополнительные преимущества. Если у клиента есть склонность к тангенциальному мышлению, терапевт может обеспечить важную обратную связь и помочь избежать его. Конфронтировать с убеждениями клиента нужно искренне и с эмпатией, например: «Джейн, я в замешательстве. Вы начали говорить о теме “А”, а теперь перешли к теме “Б”. Какая между ними связь [или: о какой из них вы хотите поговорить]?» или: «Поможет ли разговор о “Б” понять “А” или вы хотите изменить обсуждаемую нами проблему с “А” на “Б”?»

Способность клиента участвовать в разговоре и оставаться в теме определенный период времени является необходимым навыком для эффективной психотерапии. Если он слабо выработан или отсутствует, терапевту, вероятно, придется начать с тренировки внимания, напоминающей работу с гиперактивным ребенком: ничего не достигнешь, пока не научишь его внимательно выполнять задание.

Однако предположим, что клиент намеревается посвятить сессию теме, которая, по вашему мнению, уводит от более важной и нерешенной проблемы. Что предпринять? Во-первых, вы можете разрешить себе перенаправить сессию в другое русло, исходя из того, что знаете о терапии больше. Как это сделать? Одна из техник – напомнить клиенту о целях сессии и использовать принцип Премака[44], например: «Джим, давайте поговорим о ваших зубах в конце сессии, мы оставим для этого

время. Сначала у меня есть несколько очень важных вопросов по поводу вашего брака, которые я хочу с вами обсудить».

Другой подход, устанавливающий некоторые ограничения для отвлечения клиента: «Джим, кажется, ваши зубы очень для вас важны. Давайте уделим первые пять минут обсуждению проблем с ними, а последние сорок минут потратим на обсуждение вашего брака».

В этот момент можно спросить клиента, как он относится к смене темы. Если он злится, полезно спросить, испытывает ли он гнев в подобных ситуациях – вопрос, который может иметь отношение к основной терапевтической проблеме.

Если вы чувствуете, что новая проблема клиента – отвлекающий маневр, попробуйте конфронтировать с этим следующим образом: «У меня такое чувство, что вы чего-то избегаете».

Более прямо вы могли бы спросить клиента, как эта тема согласуется с избегаемой им темой: «Джим, каким образом зубы связаны с проблемами в вашем браке, которые мы обсуждали на предыдущих сессиях?»

И наконец, вы можете предложить для обсуждения интерпретацию поведения клиента: «Джим, похоже, вы неделю за неделей приходите с повесткой дня, которая, кажется, отвлекает нас от первоначальной проблемы – вашего брака! По моему мнению, вы, вероятно, пытаетесь ее избежать. Как думаете, чего вы боитесь?»

Реализация вышеперечисленных методов на практике сложна и требует от терапевта самоконтроля и самодисциплины.

Некоторые клиенты печально известны неспособностью сосредоточиться на одной проблеме. На нашей памяти было несколько человек, проходивших терапию многие годы и работавших с двумя-тремя разными стажерами по несколько лет. Неспособность этих клиентов сосредоточиться не позволяет обсуждать их иррациональные убеждения, любые новые альтернативные убеждения или любое новое поведение, к которому они могут адаптироваться. Такие клиенты также считают, что терапия подразумевает обмен событиями недели с терапевтом. С клиентами, имеющими стойкую тенденцию ухода от темы в ответ на вмешательство терапевта, необходимы решительные меры. Вы можете обратить внимание на проблему, сказав что-то вроде: «Лин, помните, я брал у вас согласие о прерывании разговора, если вы будете давать мне слишком много информации?» Таким образом, благодаря сотрудничеству вы можете всякий раз решительно противостоять проблеме, просто сказав: «Погодите минутку!» Останавливающий жест рукой тоже бывает полезен. С особо трудными клиентами терапевт может временно прибегнуть к вопросам, предполагающим ответы «да» или «нет». Если вы сознаете, что внимание потеряно, а разговор отошел от темы, остановитесь и задайте себе два основных вопроса: в нескольких предложениях, какова главная проблема клиента? Каковы его главные иррациональные убеждения?

Еще одна полезная тактика для удержания внимания клиентов – продолжать расспрашивать их о конкретных примерах основной проблемы.

Некоторые из этих клиентов избегают сосредоточенности на проблеме, потому что рассматривают терапию как покупку дружбы. Вы, терапевт, можете быть их единственным социальным контактом. Вы можете быть единственным человеком за всю неделю, который их выслушивает. Мы плохо обслужим таких клиентов,

предоставив им возможность социального контакта. Лучше заняться практическим решением проблемы и помочь им найти соответствующие социальные группы или завести новых друзей. Обучение социальным навыкам может быть лучшим способом действий.

Повторение

Терапия, как и обучение, требует определенного количества повторений. Важно повторять с клиентами понятия РЭПТ, даже если это занятие вызывает скуку: философия РЭПТ имеет тонкости, которые клиентам часто трудно понять, поэтому повторы неизбежны.

Помните: вы моделируете для клиентов навыки РЭПТ, например как обращать внимание на ключевые фразы и анализировать свой внутренний диалог. А эти навыки в большинстве случаев требуют повторения. Вы можете обнаружить, что не хотите постоянно говорить одно и то же, особенно на этапе оспаривания. Интересно поразмыслить на тему, как доктору Эллису удалось научить одному и тому же стольких клиентов за долгую карьеру. Прослушивание его записей во время терапии дает ключ к разгадке: довольно резкие изменения громкости и интонации голоса позволяют поддерживать интерес и терапевта, и клиента. Во время оспаривания (как обсуждалось в главах 10–12) вы можете значительно разнообразить стиль выражения мыслей, хотя в основном обучаете клиента задавать однотипные вопросы, например: «Где доказательства?», «Почему это ужасно?» или «Кто говорит, что вы должны?»

Как мы указывали в главе 1, изменения редко возникают в результате инсайтов. Философ Спиноза был первым, кто высказался о том, что механизмом изменения в терапии является репетиция диспутирования и тренировка новых РУ в ответ на А (Damasio, 2003). Таким образом, дублирование – нормальное явление. Оно дает шанс придумать разнообразные способы сказать одно и то же разными словами.

Языковой стиль

Терапевты часто корректируют свой языковой стиль в зависимости от уровня образования, культуры и интересов клиентов.

Возьмем гипотетический случай молодой женщины, второкурсницы колледжа, озабоченной тем, как попасть в женский клуб. Например, она жалуется на застенчивость, объясняя, что боится подойти к взрослым, более стильно одетым девушкам и завести разговор. Для вас это выглядит так, словно она разбила людей по категориям и рейтингам и объявила, что опустилась ниже произвольно выбранной планки. Ее философия звучит так: «Некоторые люди лучше остальных», – что отражается в убеждениях: «Я должна быть такой, как и они! Если они меня не принимают, это доказывает, что я не одна из них, а это ужасно!» Терапию с такой клиенткой вряд ли разумно начинать с обсуждения иррациональных убеждений или философских принципов. Полезнее выбрать более неформальный подход. Первый вопрос может звучать примерно так: «Как вы думаете, что будут *делать* другие, если вы станете одной из них?»

Интонация

Важный аспект речи, который, вероятно, придется освоить начинающему РЭПТ-терапевту, – интонация, с помощью которой невольно можно выдать большую часть информации о его отношении к вопросу. Терапевтам нужно избегать выражения ужаса и других оценочных суждений при раскрытии клиентами личных сведений. Предположим, клиент – молодой человек, обсуждающий свое чувство вины за то, что он не навещает родителей так часто, как им хотелось бы. Неосторожный терапевт способен сказать: «Вы заходите к ним только раз *в неделю*?» или «Вы *практически* их не навещаете?» Интонации голоса могут сильно повлиять на ответ клиента на такие вопросы.

Также интонации могут использоваться, чтобы научить клиентов различать рациональные и иррациональные убеждения. Слушая записи презентаций РЭПТ Эллисом, обратите внимание на использование голоса в качестве инструмента объяснения. Всякий раз, произнося одно из обозначающих иррациональные понятия слов («самоуничижение», «ужасный», «кошмарный», «следует» или «необходимо»), он сильно понижал голос, растягивая слово, увеличивая громкость, производя окрашенные в мрачные тона резкие звуки. Например, «…и уж-ж-ж-жасно, что я ему не нравлюсь!». Позже, заменив слово «ужасный» на «неудачный» или «потребность» на «хотение», Эллис снова отчетливо произносил эти отражающие рациональные понятия слова. Он медленно и ясно проговаривал ключевое слово, повышая высоту и громкость голоса. Таким образом, разные звуковые раздражители связывались с разными понятиями, что делало их более заметными для клиента и легче запоминающимися. Говард Кассинов из Университета Хофстра подчеркивал важность поощрения слушателей РЭПТ к использованию модели стиля общения Эллиса. Он указывает на важность разнообразия на каждой встрече с клиентом: значительное изменение тона и громкости голоса увеличивает вероятность того, что клиент будет посещать терапевта и учиться у него.

Переключение внимания клиента имеет решающее значение, когда терапевт собирается подчеркнуть важный момент. Мы рекомендуем отслеживать свой типичный стиль общения. Если вы говорите быстро и громко, собираясь подчеркнуть важную мысль, резко понизьте голос и замедлите темп речи. Если ваш голос, как правило, тихий, вы, наоборот, привлечете внимание клиента, увеличив громкость и скорость речи. Другими словами, знайте себя и будьте готовы скорректировать интонации, когда это уместно, для выделения понятий, которые следует подчеркнуть.

Вторая стратегия заключается в обозначении важного понятия содержанием речи и использованием жестов. Как и при обучении ассертивности, наклон тела вперед и установление хорошего зрительного контакта – эффективные невербальные сигналы. Вы также можете подготовить клиента к конфронтации с помощью вступления: «Я хочу предложить что-то, что, вероятно, будет вам внове». Если клиенты обычно вас перебивают, попросите их помолчать в течение пяти минут и не позволяйте им говорить.

Эллис (Ellis, 2002) также считал, что терапевты преуспеют в изменении ИУ клиентов, если оспаривание будет энергичным. Он подчеркивал важность

энергичного, мощного, интенсивного оспаривания ИУ и такого же сообщения РУ. На самом деле Эллис не оставил определения «энергичного оспаривания». Однако, просматривая записи его сессий, можно услышать повышение громкости и напряжения голоса в моменты оспаривания ИУ. Ни одно исследование не проверило гипотезу Эллиса об энергичной и неэнергичной РЭПТ на реальных клиентах. И все же некоторые исследования о роли коммуникации в изменении установки поддерживают его идею. Гамильтон, Хантер и Бергун (Hamilton, Hunter, and Burgoon, 1990) обнаружили, что интенсивность звука голоса повышает убедительность речи человека, имеющего высокую степень доверия, и снижает убедительность речи человека с низким уровнем доверия. Интенсивность звука убеждала большей ясностью послания. Таким образом, интенсивность голоса может заставить говорящего говорить четче или привести к более ясному восприятию послания получателем.

Молчание

Молчание продолжает общение. Оно может быть истолковано как знак согласия с клиентом. По аналогии в древнеанглийском законе сказано, что если один из супругов подписывался именем другого в официальных документах и так продолжалось в течение какого-то периода времени без возражений со стороны последнего, подписавшийся получал право поступать так и впредь, поскольку молчание расценивалось как согласие. Подобное явление часто встречается в разговоре. Например, если клиент теряет внимание к проблеме и перескакивает на другую тему, ваше молчание может сообщить ему ложную информацию о том, что он поступает правильно или выполняет нужную работу.

Точно так же *необоснованное* молчание терапевта может обеспечить периодическое подкрепление иррациональных убеждений, продлевая их существование в когнитивной системе. Например, рассмотрим клиента в депрессии, заявляющего: «Мне никогда не станет лучше». Правильнее было бы прокомментировать, или оспорить подобные замечания, или перефразировать их с помощью рациональных утверждений, например: «Похоже, вы говорите, что вам будет трудно измениться».

Хотим подчеркнуть, что молчание – это форма общения, однако мы не всегда знаем, *что* сообщили клиентам. Клиенты могут интерпретировать молчание как неодобрение, безразличие или согласие. Поэтому разумно проверять, понимает ли клиент ваше молчание, и исправлять любые обнаруженные ошибочные представления. Будьте осторожны с заявлениями клиента, на которые вы не ответили.

Гибкость

В предыдущих разделах обсуждались разные вариации стиля при проведении РЭПТ. Желательно, чтобы вы освоили все и использовали их, когда, по вашему заключению, они будут эффективны. Старайтесь не вести себя ригидно: всегда говорить быстро или медленно, всегда использовать одну и ту же интонацию, всегда быть забавным или бойким либо никогда не допускать молчания. Жесткое следование одному типу поведения непродуктивно для клиента и может быть скучно для вас.

Рекомендация быть гибким согласуется с философией РЭПТ в том смысле, что в ней, по-видимому, нет никаких абсолютов, а следовательно, нет и абсолютных предписаний для психотерапии (даже вера в отсутствие абсолютов, которая *не* является тезисом РЭПТ, догматичная и абсолютистская).

Рассмотрим некоторые абсолюты, взятые из клинической практики:

• В супружеской терапии *никогда* не может быть *никаких* секретов;

• в семейной терапии *все* члены семьи *должны* присутствовать на *каждой* сессии;

• в сексуальном консультировании *всегда* используется полная история сексуальных отношений, сосредоточение на ощущениях полезно в *каждом* случае;

• перенос *всегда должен* быть проанализирован; или из практики РЭПТ:

• всегда в первую очередь нацеливайтесь на мета-эмоции;

• всегда оспаривайте иррациональное убеждение, прежде чем предлагать альтернативное рациональное убеждение.

Хотя определенные терапевтические стратегии чаще способствуют прогрессу клиента, мы повторили бы утверждение Эллиса (Ellis, 1962) о том, что не существует абсолютных предпосылок для изменения личности – даже рационального мышления. Всегда учитывайте контекст ситуации и решайте, применима ли данная рекомендация в данном случае в данный момент. Психотерапия – идеографическое искусство, и лучше всего применять ее исключительно к человеку, сидящему перед вами.

Планирование

На практике сессия обычно занимает 45–50 минут, но в ее продолжительности нет твердых правил. Со времен Фрейда психотерапевты следовали традиции пятидесятиминутного сеанса, но известно, что он сам не ограничивался этим временем (Ellis, 2002). Эллис обычно проводил получасовые сессии. Иногда клиенты заказывают две сессии подряд на целый час. Некоторым может потребоваться сессия от девяноста минут до двух часов. Возможно, у них много неотложных вопросов для обсуждения или они считают вредным уходить с сессии, не вникнув в оспаривание.

Количество исследований, посвященных продолжительности сессии психотерапии, недостаточно, гораздо большее их число посвящено частоте и количеству сессий. Тернер и соавторы (Turner, 1996) изучали влияние получасовых и пятидесятиминутных сессий краткой психотерапии на студентах колледжа и не обнаружили различий в результатах лечения и степени удовлетворенности клиентов двух групп. Студенты сообщили о большей адаптации после терапии вне зависимости от продолжительности сессии. Проведенный Вольфом (Wolff, 2005) опрос практикующих психотерапевтов показал, что они предпочитали более продолжительные сессии длиной до двух часов. Причины данных предпочтений включали больший доступ к эмоциям клиентов, интеграцию опыта перед завершением сессии, углубление переноса, преодоление психологической защиты клиентов, большее раскрытие травмирующего опыта и повышение вероятности его «прорыва». Мы подозреваем, что клиенты с меньшей вероятностью могут воспользоваться преимуществами более длительных сессий психотерапии из-за возрастающей стоимости услуг. Вам может быть выгодно изменить продолжительность сессии и использовать индивидуальный подход.

Клиенты младшего возраста, а также имеющие синдром дефицита внимания, неврологические расстройства или сильно выраженную защитную реакцию, могут не выдержать сосредоточения на протяжении всей сессии. Ее продолжительность рассчитана на выставление счета терапевтом или на потребности клиента? Наш опыт работы с более короткими сессиями показывает: количество времени, затрачиваемого на обсуждение важных вопросов, неизменно, а количество времени на избегание тем или обсуждение неважных вопросов сокращается. Временные ограничения и, следовательно, важность достижения сути лучше осознает не только клиент, но и терапевт. На более короткой сессии мы обнаружили свою большую директивность, активность и способность к конфронтации и гораздо меньшую отвлекаемость.

Блок 15.3

Поэкспериментируйте с сессиями разной продолжительности для определения варианта, оптимального для вас и клиентов. Некоторые клиенты и терапевты могут иметь ограниченное время концентрации внимания и не способны удерживать его на одной теме более тридцати минут. Признание же границ возможностей приносит пользу обоим. Если клиенты не в состоянии принимать участие в обсуждении, то

терапия может стать пустой тратой времени и научить клиента нежелательному поведению.

Многие специалисты в области психического здоровья выделяют больше времени на первую сессию, так как хотят собрать всю диагностическую информацию или знают, что у клиентов есть чем поделиться и они хотят понимания. С другой стороны, некоторые клиенты не в состоянии выдержать пятидесятиминутную дискуссию. И терапия может быть первой в жизни. Для таких клиентов желательно постепенно увеличивать продолжительность сессии до пятидесяти минут. Если вы планируете сессии фиксированной длины, можете сосредоточенно провести только часть времени, а оставшуюся часть – в упражнениях на расслабление или менее утомительных занятиях, таких как совместные прогулки на свежем воздухе.

Сессии психотерапии обычно проводят один раз в неделю. Повторимся, Эллис проявил большую гибкость, позволяя клиентам планировать сессии чаще или реже. Некоторым находящимся в кризисе клиентам может потребоваться больше сессий на начальных этапах терапии и меньше – по мере улучшения состояния. Даже после завершения терапии Эллис часто заставлял их посещать мотивационные сессии для сохранения достигнутых улучшений и применения полученных знаний к новым проблемам.

Ригидность в поведении терапевта

Ключом к избеганию негибкости является контроль терапевтического поведения и его эффективности. Чтобы стать более компетентным терапевтом, продолжайте спрашивать себя о том, что вы делаете. Вот вопросы, которые полезно периодически себе задавать:

- Понимает ли клиент сказанное мною?
- Общаюсь ли я на доступном для него языке?
- Не делаю ли я слишком много работы за клиента?
- Понимает ли и верит ли клиент тому, что я только что сказал?
- Как я могу стимулировать клиента мыслить более рационально?
- Задаю ли я достаточно домашних заданий и полезны ли они?

Проблемы переноса и контрпереноса

Перенос означает, реагируют ли (и что важнее, чрезмерно ли реагируют) клиенты на терапевта, как на других значимых людей в своей жизни. Известно, что анализ переноса всегда был ключевым компонентом и основным механизмом изменения психодинамических форм психотерапии. Хотя РЭПТ не считает его необходимым или достаточным компонентом психотерапевтических изменений и мы не выступаем за важность его использования в каждом случае, в данном типе терапии проблемы переноса могут возникнуть. Перенос – еще одно слово, обозначающее принцип научения обобщению поведения. Резонно, что клиенты будут переносить свое поведение с другими людьми на поведение с терапевтом. РЭПТ-терапевты могут найти полезным исследование реакции переноса с клиентами. Первой задачей будет выяснение эмоционального фона общения и стоящих за эмоцией убеждений. После их определения можно спросить клиентов, относятся ли они к другим людям в своей жизни так же, как к вам. Например: «Знаете, Берни, каждый раз, говоря о вашей работе, я замечаю изменения в вашем голосе, вы отстраняетесь и избегаете зрительного контакта со мной. Интересно, вы так же реагируете и на других людей, обсуждающих с вами ваши обязанности?» Вопрос подобного рода дает шанс определить и обсудить проблемные области.

Отношение к терапевту может дать хорошее представление об отношениях в других межличностных контактах. Предположим, вы дали своей клиентке домашнее задание. Она приходит на следующую сессию, успешно выполнив его и восклицая: «Доктор, я думала о вас и знала, как вы отреагируете, если я его *не сделаю*!» В действительности клиентка сообщает одно из ее иррациональных убеждений: если она не справится с домашним заданием, вы (а возможно, и другие значимые для нее лица) можете счесть ее ничтожеством, и тогда она *окажется* ничтожеством. В этот момент у вас есть возможность указать ей на то, что она сделала хорошее дело, но по неправильным мотивам; чьи еще инструкции она выполняет по таким же причинам? По сути, клиентка говорит, что она, в отличие от вас, недостойна поступать в соответствии со своими желаниями. Задача такой клиентки в терапии состоит в том, чтобы понять, что ей не надо угождать терапевту. Зная, кому еще она должна угодить, вы можете помочь ей получить инсайт, и новое рациональное убеждение распространится на людей в жизни, которым она пытается угодить.

Если клиенты не озвучивают проблем переноса, вы можете сделать это за них. Предположим, каждый раз, когда вы предлагаете клиенту домашнее задание, он кривится и соглашается с обреченностью в голосе. В этот момент вы можете спросить: «Знаете, Джон, всякий раз, задавая вам домашнее задание, я слышу недовольство в вашем голосе. Что вы чувствуете по отношению ко мне прямо сейчас?» После признания его чувств вы можете приступить к определению вызывающих их иррациональных убеждений, выяснению наличия аналогичных убеждений и чувств по отношению к другим людям и определению убеждений, приведших к подавлению прямого выражения таких чувств. То есть проблемы переноса исследуются не в целях терапии, а чтобы помочь терапевту и клиенту распознать соответствующие А, С и, что важнее, В, мешающие повседневной успешной жизни последнего.

Отношение терапевтов и их эмоциональные реакции на клиента называются контрпереносом, а исследование реакций контрпереноса возникло опять же в психодинамической психотерапии. Сознавая эмоциональные реакции на клиента, вы можете использовать себя в качестве измерительного прибора. Спросите себя, что вы чувствуете, зная, что клиент придет на прием. Вы с нетерпением ждете его визита или боитесь его? По каким причинам? Каковы ваши чувства к клиенту во время сессии? Каковы его основные стили общения с вами? Поскольку клиент, вероятнее всего, ведет себя по отношению к вам так же, как и по отношению к другим людям, вы в состоянии рассказать ему то, чем другие могут не захотеть делиться; а именно как влияет на вас его поведение. Постарайтесь быть максимально конкретным и описать клиенту поведение, которое он впоследствии может отслеживать (например, плаксивый тон, несчастное выражение лица, плохой зрительный контакт, запаздывание ответной реакции).

Реакция терапевтов на клиентов иногда является результатом эмоциональных проблем самих терапевтов, а не признаком проблем клиентов. Порой личность, внешность, голос или проблема клиента вызывают у нас сильные эмоциональные реакции, мешающие объективности и способности помочь. РЭПТ и другие активные директивные формы КПТ бывают подвержены воздействию контрпереноса сильнее, чем недирективные терапии. На последних терапиях терапевту легко устраниться от роли оспаривания убеждений клиента, решительно поддерживая его мысли, связанные с нездоровыми, нарушенными эмоциями. Во время наставничества мы заметили, что, избегая оспаривать очевидное ИУ или делая это для галочки либо двусмысленно, терапевт признает, что придерживается того же ИУ. При использовании недирективного подхода в терапии, не требующего рекомендуемого поведения, вам может быть легче оставаться в неведении, как ваши собственные эмоции и убеждения способны мешать терапии. При обнаружении согласия с ИУ клиента мы рекомендуем продумать ситуацию и оставаться верным теории и терапии. Стимулируйте себя следовать шагам РЭПТ. Терапевт может оспорить такие ИУ и рекомендовать альтернативные РУ, пусть и с меньшей напористостью или убедительностью. Придерживаясь курса терапии, вы добьетесь большего успеха на сессии и поможете клиенту. Мы обнаружили, что настойчивое следование РЭПТ в ситуациях, когда мы разделяем ИУ клиента, приводит к личностному росту.

С самого начала обучения РЭПТ Эллис сознавал, что собственные эмоции и ИУ терапевта способны мешать действенной терапии. Он долгое время рекомендовал, но не требовал прохождения терапии самими терапевтами, чтобы помочь им осознать свои эмоциональные проблемы и изменить ИУ. Осознание собственных эмоций и эмоциональных реакций – важный первый шаг для предотвращения вмешательства этих реакций в терапию клиентов.

Узнавая нас и завязывая с нами отношения, клиенты рассматривают нас как людей или друзей. Обычно они думают о том, что мы за люди, и хотят знать что-то о нашей личной жизни. Клиенты раскрепощаются и задают личные вопросы о возрасте, интересах, близких отношениях, детях и т. д. Как поступать в этом случае и как ответ влияет на терапевтические отношения? Эллис всегда рекомендовал прямо и фактически отвечать на вопрос, предоставляя клиенту лишь ту информацию, о

которой он спрашивает, а затем возвращаться к вопросам о его эмоциях или убеждениях.

Возможно, вы удивлены тем, что мы рекомендуем терапевтам немедленно отвечать на вопросы клиентов. Одно из объяснений состоит в том, что так терапевт моделирует нужное общение в открытых, спонтанных отношениях. Эта позиция, конечно, отличается от позиции терапевтов, более приверженных психодинамической терапии и обычно отвечающих на подобный вопрос клиента: «Зачем вам знать, привлекаете ли вы меня?» Такой ответ выглядит как увиливание и установление дистанции. Клиенты доверяют нам много личной информации и мало знают о нас. Прочные, доверительные отношения не развиваются на «клинических» вопросах вроде «Почему вам это важно? Зачем вам понадобилось это знать?» В РЭПТ отношения основаны на искренности. Поэтому предпочтительнее отвечать на вопросы клиентов честно и откровенно, а затем разбираться с их очередными мыслями и чувствами.

Блок 15.4

Давайте поместим обмен данными в разные ситуации и рассмотрим их. Предположим, вы сидите с человеком, которого недавно встретили и чья компания вам нравится, за чашкой кофе, и он спрашивает вас: «Вы замужем?» Ваш уклончивый ответ, вероятно, заставит человека подумать: «М-да, она мне не друг. Не хочет даже ответить на вопрос!»

Или предположим, что вы, будучи терапевтом, идете к своему наставнику и спрашиваете: «Как у меня получается?» Что вы начнете думать, если он говорит: «Зачем вам это знать?»? Разве не придет в голову, что его ответ отрицательный?

Существуют ли границы самораскрытия терапевта? Вероятно, да. РЭПТ-терапевт знает, что, по сути, не бывает стыдных вещей, но есть информация, которую мы скрываем от других людей. Если вы чувствуете, что вопрос слишком личный, разумно сказать, что вам некомфортно делиться этой информацией. С другой стороны, шквал вопросов может отвлекать от процесса терапии. Прямо ответив на них, вы можете спросить клиентов, что они чувствуют по отношению к новой информации, по отношению к вам и каковы причины вопросов. Клиент может смотреть на вас как на мистическое божество, а затем отвергнуть, узнав, что вы простой смертный. Этот паттерн прекрасно отражает то, как поступает клиент в повседневных отношениях, а потом вы сможете диспутировать связанные с этой проблемой иррациональные убеждения.

Клиенты способны развивать зависимость от авторитетных фигур так, что воспринимают просьбы лишь от людей, которых считают лучше их самих. Данный тип зависимости часто приводит к самоуничижению. Вероятно, полезно спросить таких клиентов, считают ли они себя столь же ценными, как и вы. Если прозвучит ответ: «О, нет, вы – доктор, а я – жалкий бедолага», – можно догадаться, что они думают то же самое относительно других людей в своей жизни, например начальника, президента компании или проректора университета. Этим клиентам пойдет на пользу, если вы сбросите с пьедестала и остальных богов вдобавок к себе.

Завершение сессии

Мы предлагаем несколько рекомендаций, которые полезно иметь в виду, когда сессия подходит к концу. Во-первых, пытайтесь завершать каждую сессию, групповую и индивидуальную, обсуждением с клиентами *домашнего задания* или предложением придумать его для себя. Задания могут быть в форме размышления, чтения, письма или апробации новых видов деятельности (см. главу 16). Какова бы ни была их форма, цель – укрепить или расширить приобретенные на сессии навыки и сократить перерыв между сессиями.

Подведите итог сессии или попросите сделать это клиента. Так вы выясните его мнение о том, что он получил от сессии. Вы можете спросить, совпадает ли оно с пунктами, которые вы считаете важными. Если совпадений нет, то вы можете раскрыть то, что вам нужно знать о клиенте. Если он может говорить об обсуждаемых вами идеях, но сообщает, что не понимает или не верит в них, возникает тема для начала следующей сессии.

Чтобы получить *обратную связь*, можно спросить: «Беспокоило ли вас на сессии что-то из сделанного или сказанного мною?», «Показалось ли вам что-то из сделанного или сказанного мною сегодня особенно полезным?» и главное: «Чему вы научились на сегодняшней сессии?» Эти вопросы позволяют адаптировать ваш стиль к клиенту, дают информацию для рассмотрения на следующей сессии и возможность для краткого повторения сессии клиентом, а также помогают определить другие В, чтобы заняться ими впоследствии.

Заключение: десять типичных Ошибок, которых не следует Допускать

Неспособность слушать. Среди прочих проблем вы можете неправильно диагностировать проблему клиента, если не слушаете его критически. Клиенты могут называть себя «злыми». Обязательно подробно расспросите их, что они подразумевают под «злостью», потому что они могут неправильно обозначить свое эмоциональное состояние и терапия уйдет не в том направлении. Точно так же настройте себя на ключевые слова, например идиосинкразические фразы клиентов, указывающие на иррациональные убеждения.

Неспособность разрабатывать цели. Спрашивайте клиента о его целях, а не предполагайте их. Вам также понадобится выяснить его ожидания от терапии. Важно знать их, чтобы иметь возможность уточнить и исправить, или, если соглашение не может быть достигнуто, достучаться до клиента иначе.

Ошибки в сборе информации. Будучи начинающим терапевтом, вы можете провести слишком много сессий в сборе данных, прежде чем спланировать вмешательство, или вам не удастся получить достаточно информации и вы слишком быстро перейдете к диспутированию. В любом случае вы рискуете оттолкнуть или потерять клиента либо по крайней мере провести неэффективную терапию.

Ошибки в ассертивности. Повторимся, терапевты могут совершать ошибки в любом направлении, позволяя клиентам перескакивать с темы на тему или слишком резко их обрывая. Что происходит, если вы недостаточно директивны и слишком часто позволяете клиенту руководить? Вероятно, вы забыли план игры и дали поймать себя историям клиента. Возможно, боитесь его обидеть, прерывая разговора, и не хотите показаться грубым. Клиент часто сообщает вам о данной ошибке, критикуя ваше поведение и спрашивая на следующей сессии, о чем вы думаете, или жалуясь на то, что вы слишком часто перебиваете. Однако стоит иметь в виду, что сессия – не игра «пан или пропал», всегда есть следующий раз.

Ошибки при расспросе. Старайтесь избегать:

• постановки не относящихся к делу или слишком обобщенных вопросов (например, «Как дела?») вместо относящихся к делу;

• чрезмерного использования риторических вопросов (например, «Каким образом вам мешает ваше расстройство?»);

• использования слишком большого количества вопросов с «почему», которые обычно приводят к оправданию «потому что». Вместо этого используйте вопросы «как», «где» или «каковы доказательства», «Что вы себе говорите?» либо «О чем вы думаете, делая это?»;

• чрезмерного использования вопросов с ответом «да» или «нет»; предпочтительнее вопросы, требующие развернутого ответа;

• обстрела клиентов многочисленными вопросами – это не дает им возможности ответить ни на один из них;

• ответов на вопросы за клиентов вместо того, чтобы позволить им разобраться с ними самостоятельно или помочь им разбить вопросы на более простые составляющие;

• игнорирования того, действительно клиент ответил на вопрос или ушел от темы. Если вопрос остается без ответа, снова сосредоточьте его внимание на задаче.

Склонность читать нотации. Избегайте пространных рассуждений, особенно если вам не удалось узнать, успевает ли клиент за вашей мыслью. Педагоги говорят нам, что лучший способ научиться чему-то – обучить этому других; следовательно, лучший способ усвоить принципы РЭПТ для клиента – не слушать пространную дидактическую лекцию, а практиковаться в интерактивном режиме во время сессии.

Неспособность проверить понимание. Часто спрашивайте мнение клиентов, чтобы убедиться в их понимании. Слушайте записи собственных удачных сессий. Удостоверьтесь, что клиенты не «мычали» в ответ, заставляя думать, что они вас понимают. Периодически полезно просить клиентов повторить только что сказанное или спросить: «Как вы понимаете то, что я сказал?» или «Какие чувства вы испытываете по отношению к тому, что мы обсуждаем?»

Наличие ответов на все вопросы. Избегайте быть «мудрецом». Собираясь сказать какую-нибудь истину, подумайте о том, что она может заключаться в молчании. Как правило, предпочтительнее приводить клиентов к собственным инсайтам посредством сократовского расспроса.

Ошибки в поведении. Вы хотите избежать следующего:

• обвинений и осуждений (например, «Вам хорошо известно, каким образом оспорить эти идеи»);

• нагнетания обстановки (например, «У вас огромная проблема, и для ее решения потребуется много времени»);

• нереалистичных обещаний и ложных надежд (например, «Мы вмиг все исправим»);

• оценочных суждений (например, «Зачем вам одобрение такого *ублюдка*, как он?»);

• чрезмерного обобщения (например, «Вы умный»);

• аргументированной борьбы за власть, в которой вы пытаетесь заставить клиента принять ваши взгляды (например, «Терапевт здесь я, и это я расскажу вам, что с вами не так»).

Блок 15.5

Послушайте недавнюю запись терапии на предмет наличия вышеназванных ошибок. Вы не выявите все ошибки сразу, но контролируйте каждую в отдельности.

Ошибки в использовании юмора. Часто используйте юмор, но не направляйте его на клиента. Постарайтесь не быть смешным. Следите за тем, чтобы юмор имел терапевтические цели, а не использовался для развлечения.

Часть 5

Терапевтическое целое

Глава 16

Домашние задания

Рационально-эмотивно-поведенческая терапия следует когнитивно-обучающей модели изменений. Основным принципом РЭПТ является практика клиентов в своих новых философских мыслях для получения значимых или устойчивых результатов. Это кажется противоречием. Теория РЭПТ, практика диспутирования ИУ и убеждение клиентов в новых РУ предполагают наличие в новой рациональной философии некоторого понимания, инсайта или убежденности. Однако, как указывал философ Спиноза[45] (см. Damasio, 2003), отработка новых идей – необходимая стратегия для преодоления многих вещей, в которые верят люди и которые они хотят изменить. Так что отработка важна в равной степени, если не больше, с пониманием и инсайтом. Одной из главных техник РЭПТ и всех форм КПТ является отработка когнитивных изменений на терапии и новое поведение между сессиями. Это дает клиенту возможность распространить терапевтическую работу за пределы кабинета. Домашние задания – рутинный и важный элемент РЭПТ. Учитывая, что у клиентов (и терапевтов) часто возникают негативные ассоциации со словом «домашняя работа», некоторые терапевты предпочитают использовать более нейтральные термины: «работа по самопомощи», «практические упражнения», «эксперименты», «репетиция» или «закрепление в реальных жизненных условиях».

Обоснование домашних заданий простое – при выполнении клиентами домашнего задания результаты терапии улучшаются. Казанцис, Уиттингтон и Датилльо (Kazantzis, Whittington, and Datillio, 2010) завершили мета-аналитический обзор контролируемых исследований, в которых сравнивалась одна и та же форма терапии с домашними заданиями и без них. Их результаты подтверждают вывод о том, что такие задания улучшают результаты терапии (Morgan and Jorm, 2008). Терапия с присутствием домашних заданий более эффективна, чем без них. Хотя большинство разновидностей КПТ их рекомендуют, существует мало книг по данной теме. Одно хорошее исключение и прекрасный, совместимый с РЭПТ ресурс – книга Казанциса, Дина Романа и Л’Абата «Использование домашних заданий в когнитивно-поведенческой терапии» (Kazantzis, Deane, Ronan, and L’Abate, 2005).

Конкретные цели домашнего задания могут заключаться в изменении дисфункционального поведения или создании нового адаптивного поведения, замене иррациональных когниций более полезными или в определении, насколько хорошо клиент понял основные принципы РЭПТ. Соответственно, домашняя работа может носить когнитивный, поведенческий или эмотивный характер.

Как мы указывали выше, в конечном итоге упор делается на поведенческие задания. Вы можете спросить: зачем в таком случае РЭПТ использует другие виды

заданий? Разные типы заданий предназначаются для достижения разных целей, но терапевт может использовать их, направляя на одну и ту же цель. РЭПТ основана на образовательной модели, включающей использование многочисленных методик и учебных процессов для максимизации процесса научения. К тому же многому ли научится клиент за сорок пять минут в неделю? Даже если так, у него есть остальная часть недели на жизнь со своими ИУ, поэтому практика важна. В колледже студенты посещают лекции, проводят наблюдения или выполняют лабораторные работы, пишут задания и читают. Чем активнее они занимаются учебной деятельностью, тем лучше результат. Практик РЭПТ может сделать то же самое. Вопрос, который терапевт задает себе на каждой встрече с клиентом, звучит так: «Что может сделать мой клиент на этой неделе, чтобы попрактиковаться в обсуждаемом нами во время этой сессии?» При создании домашнего задания важно знать клиента. Некоторые испытывают трудности с чтением заданий, им требуется больше действий или заданий на слух. Другие любят читать и поглощать книги, но менее склонны действовать.

Прежде чем обсуждать рекомендации по выполнению домашних заданий, рассмотрим пять важных характеристик их эффективности.

Договоренность. Хотя у вас могут быть отличные идеи домашних заданий, клиентам необязательно их выполнять. Терапевты не задают домашнюю работу, а предлагают ее и договариваются с клиентами о том, что они готовы делать между сессиями.

Согласованность. Задание согласуется и следует из проделанной в ходе сессии работы. Попытайтесь придумать естественно вытекающее из основной темы сессии задание и обсудить с клиентом его выполнение.

Конкретность. Обсудите задание достаточно подробно, сопроводив его четкими инструкциями. Например, прося клиента придумать возможные решения дилеммы, вместо туманного: «Придумайте столько решений, сколько сможете» – говорите: «Придумайте как минимум пять возможных решений». Таким образом, клиент получает конкретные инструкции и, вероятнее всего, сделает гораздо больше. Максимально конкретизируйте задания. Договоритесь, когда, где и как он будет выполнять каждый шаг. Чем конкретнее детали задания, тем с большей охотой клиент его выполнит.

Систематическая проверка. Старайтесь договариваться о домашнем задании системно, каждую неделю и проверять его выполнение на следующей сессии. Большинство из нас наверняка прекратили бы делать домашнее задание в пятом классе, если бы учителя перестали его проверять. То же самое – с клиентами. Проверка выполнения домашней работы сообщает, что она является важным компонентом терапии. Мы рекомендуем проверять ее в начале сессии. Не думайте, что выполнения одного домашнего задания по проблеме достаточно. Лучше всего повторять задание (или его варианты) систематически в течение нескольких недель.

Мы рекомендуем спрашивать клиента про домашнюю работу в начале сессии, до оглашения ее плана. Если он сообщает об успешном выполнении задания, вы можете обсудить, чему он научился благодаря ему, а затем обсудить новое, продолжающее тему задание или ход выполнения успешно сделанного задания. Если клиенту не

удалось его выполнить, можно задать наводящие вопросы, чтобы понять, что помешало это сделать. Если он испытал нарушенную, отрицательную эмоцию, блокировавшую выполнение задания, можно исследовать связанные с эмоцией ИУ, а затем предложить включить данный вопрос в план сессии, чтобы поработать над ним до того, как клиент повторно попытается выполнить задание. Если он думал, что домашнее задание слишком сложное, можно исследовать убеждения о непереносимости фрустрации. Поскольку домашние задания отражают цели терапии, работая над проблемами, мешающими выполнению домашней работы, вы работаете и над проблемами, связанными с достижением терапевтических целей. Разрешение блокирующих выполнение домашней работы ИУ и эмоций приближает вас к достижению целей.

Эффективность. Поведенческие задания на воздействие в РЭПТ обычно следуют модели наводнения, а не модели постепенного воздействия. Терапевт побуждает клиента делать большие, а не маленькие шаги, например: «Просите женщин сходить с вами на свидание, пока четыре из них вам не откажут» – вместо «Попытайтесь поговорить с женщиной на этой неделе». Проблемой является страх отказа у клиента. Воздействие на него повторяющимся отказом означает столкновение со страхом. Смысл этого метода в том, что обычно он более эффективен для осуществления изменений. Отзывы клиента о выполнении еженедельных домашних заданий помогут терапевту определить размер следующего шага.

Помогая клиенту придумать домашнее задание, попробуйте сначала использовать сократовский диалог, чтобы он подумал о том, что хочет и может сделать. Если клиент предлагает расплывчатые идеи, задавайте вопросы, которые способствуют конкретизации идей. Если сократовский стиль не помогает, предложите несколько идей, а затем спросите мнение клиента о том, что он чувствует, выполняя предложенное задание. Тщательно обсудите его, включая обоснование выбора: понимание позволит повысить уступчивость клиента. Помните, согласование задач терапии – важная часть терапевтического альянса. Клиенты не могут согласиться на задание или выполнить его, не понимая цели. Полезно помочь клиенту предвидеть препятствия при выполнении домашней работы. Спросите клиента: «Что может помешать вам выполнить задание на этой неделе?» или «Какие эмоции могут помешать вам его выполнить?» Так вы оцениваете существование эмоциональных (например, задание подавляет клиента, в этом случае вы можете разбить его на более мелкие шаги) или практических барьеров (например, задание клиенту быть твердым с сестрой невыполнимо, потому что сестра уехала за границу). Выявляя и устраняя любые препятствия при выполнении задания до ухода клиента с сессии, вы увеличиваете вероятность его успешного завершения.

После согласования домашнего задания возникает резонный вопрос: «Как вы запомните задание?» Одна из техник, помогающих клиенту запоминать, заключается в оформлении терапевтом задания в виде рецепта. Для этой цели некоторые врачи из Института Альберта Эллиса имеют бланки рецептов с надписью «Поведенческий рецепт, выданный [Джоном Джонсом, доктором философских наук]». Формализация процедуры назначения домашнего задания помогает клиенту его запомнить и подчеркивает важность домашней работы. Также мы рекомендуем

отмечать заданную домашнюю работу в записях каждой сессии или в бланках прогресса клиента. Это снизит нагрузку на память и повысит вероятность того, что вы обсудите впечатления клиента от домашней работы на следующей сессии.

Поскольку домашняя работа – неотъемлемая часть терапии, вы можете подготовить рекомендации клиентам о важности выполнения работы по самопомощи между сессиями. Кроме того, Драйден (Dryden, 1990) указывал, что терапевт:

• договаривается о задании с клиентом, а не выбирает его в одностороннем порядке;
• договаривается о задании, соответствующем заявленным целям клиента;
• выбирает не слишком затратные по времени задания;
• выбирает сложные, но не подавляющие клиента задания;
• помогает выработать приверженность клиента выполнить задание;
• определяет и подготавливает клиента к преодолению потенциальных трудностей, которые могут помешать ему выполнить задание.

Следующая проблема – тип полезной для клиента домашней работы. Домашние задания могут быть нацелены на этапы терапии, отраженные в главах данной книги. Домашняя работа может быть направлена на следующее:

• отслеживание и выявление важнейших А, приводящих к эмоциональному расстройству;
• отслеживание наиболее дисфункциональных эмоциональных С клиента;
• отслеживание поведенческих С для выяснения того, как часто они происходят, какие раздражители их вызывают и какие события их усиливают;
• отслеживание возникновения ИУ, соответствующих неприятным эмоциям и поведению;
• изучение принципов РЭПТ, таких как связь В и С, характер ИУ;
• отработку постановки ИУ под сомнение;
• тренировку новых РУ;
• репетицию образов противостояния А, изменения В и С и нового адаптивного поведения;
• тренировку нового адаптивного поведения.

В начале терапии лучше сосредоточиться на заданиях по самомониторингу, которые помогут клиентам определить А, В, эмоциональные и поведенческие С, приводящие к имеющимся у них симптомам. Библиотерапия, семинары, иная психообразовательная деятельность, обучающая принципам РЭПТ, назначаются на ранних этапах терапии. Затем мы отрабатываем постановку ИУ под сомнение и переходим к тренировке РУ. Далее можно использовать визуализацию и, наконец, непосредственные поведенческие задания in vivo.

Просматривая результаты работы клиента по самопомощи, обязательно выясните, чему он научился или не научился, выполняя задание. Найдите и исправьте все допущенные им ошибки. Главное – закрепить успех выполнением задания или, при необходимости, попыткой его выполнения. Другими словами, не забывайте о важности подкрепления.

Улучшение между сессиями прямо связано с готовностью клиента выполнять упражнения по самопомощи. Также важны мысли клиентов о выполнении таких

заданий. Прося их действовать, мы просим обойтись без симптомов, а мешающие выполнению домашней работы мысли обычно связаны с их сохранением. Оцените эти когниции, прямо спросив клиента: «Как вы думаете, насколько полезным будет это задание?» и «Насколько вы готовы попробовать выполнить это задание?»

Следующий диалог иллюстрирует, как терапевту сформировать у клиента приверженность выполнить домашнюю работу.

Т.: Марвин, мы обсудили важность домашнего задания, и теперь я хочу выяснить, когда вы будете выполнять его на этой неделе. Можете ли вы взять на себя добровольное обязательство сделать его в определенный день?

К.: Хорошо, я постараюсь сделать его в среду.

Т.: Мои тренированные клинические уши слышат нечто важное. Я спросил вас, когда вы его сделаете, и вы сказали, когда попытаетесь его сделать. Видите разницу между этими двумя вещами – делать и пытаться делать?

К.: Думаю, да.

Т.: Хорошо, давайте проведем небольшой эксперимент: я хочу, чтобы вы попытались поднять правую руку, но не подняли. Пытайтесь, но не делайте. Что происходит?

К.: Я не поднимаю руку. Ничего не происходит.

Т.: Именно. Понятно, как это соотносится с домашним заданием?

К.: Конечно. Можно, я повторю еще раз: я собираюсь выполнить это задание в среду. Я возьму на себя это обязательство. Я обещаю.

Примеры когнитивных домашних Заданий

Библиотерапия. Эллис твердо верил в библиотерапию. Его первая книга о самопомощи «Руководство по рациональному образу жизни» была издана в 1967 году в соавторстве с Бобом Харпером. Сейчас вышло уже третье ее издание. Эллис написал множество собственных книг, по одной почти на каждую тему.

Чтение книг о самопомощи учит клиентов связи В и С, а также способам расширить внутренние возможности путем взятия под контроль эмоций. Еще можно узнать об иррациональных убеждениях, которые могут иметь люди с похожими проблемами. Чтение книг о самопомощи облегчает распознавание собственного иррационального мышления. Также они узнают, как поставить под сомнение убеждения и какие альтернативные рациональные убеждения можно усвоить вместо них. Воздействие книг о самопомощи РЭПТ делает терапию проще и быстрее. Вместо обучения навыкам с самого начала вы можете сосредоточиться на том, как клиент способен применить на практике самостоятельно полученные знания.

Сегодня книги о самопомощи доступны широкой публике. Джейкобс (Jacobs, 2009) сообщал о более двух тысячах таких книг, ежегодно поступающих на рынок Соединенных Штатов. Однако их качество различается. Лучше обсудить, какие книги о самопомощи читают ваши клиенты, полезны ли они, соответствуют ли терапии и не дают ли противоречивых сведений о том, что, по вашему мнению, полезно. У Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии (www.abct.org) есть сайт с книгами о самопомощи, которым, по нашему мнению, можно доверять: они включают документально подтвержденную научную поддержку изложенных методов, согласуются с эмпирически обоснованными, лучшими практиками терапии и не предлагают советов, противоречащих научным данным. Вы и ваш клиент можете посетить этот сайт:

http://www.abct.org/Professionals/?m=mPro&fa=shBooksPro.

Бланки самопомощи. Заполнение бланков самопомощи РЭПТ помогает клиентам изучить конкретное эмоциональное событие. Бланк содержит разделы, куда клиент может вписать активирующее событие, нездоровые эмоциональные и дезадаптивные поведенческие следствия, иррациональные убеждения, диспутирования, эффективную новую философию, а также здоровые отрицательные эмоции и адаптивное поведение. Бланки самопомощи позволяют терапевту выяснить, действительно ли клиент понимает модель АВС РЭПТ. У клиентов могут возникнуть проблемы с определением соответствующих рациональных и иррациональных убеждений. Здесь легко определить нездоровые отрицательные эмоции и рациональные альтернативные убеждения, но бороться с диспутированием. Клиент может написать «я чувствую», имея в виду «я верю». Речевые ошибки и недопонимание теории раскрываются в таком задании и дают терапевту возможность научить клиента ценным вещам во время обсуждения на следующей сессии. За многие годы создано несколько версий подобных бланков. В приложении 5 дана их последняя версия, используемая в Институте Альберта Эллиса.

Блок 16.1

Клиент заполнил бланк с домашним заданием и отдал его вам, терапевту. Часть бланка приводится ниже. Какой будет ваша реакция? Какие исправления, если таковые имеются, вы внесли бы?

• Активирующее событие – Я ходил на собеседование.

• Рациональное убеждение – Меня не взяли.

• Иррациональное убеждение – Ужасно, что я не получил эту работу.

• Эмоциональное следствие – Я ощутил депрессию.

• Диспутирование – Меня не волнует, что я не получил работу.

Ответы приведены в конце главы.

Диспутирование иррациональных убеждений. Убеждение – важная часть РЭПТ. Терапевты активно убеждают клиентов отказаться от иррациональных убеждений и заменить их рациональными. Диспутирование – нелегкая задача для многих начинающих РЭПТ-терапевтов и клиентов. Следовательно, последние извлекут выгоду из практики диспутирования своих ИУ за пределами кабинета. Примеры того, как можно использовать диспутирование в домашних заданиях, включают просьбу к клиенту:

• диспутировать возникающую в течение недели требовательность, используя минимум три разных вида диспутирования;

• практиковать эмпирическое диспутирование при осознании иррациональности своего мышления;

• диспутировать ИУ *других людей*, когда он сознает их;

• убедить другого человека в том, что его иррациональные убеждения иррациональны, а альтернативные рациональные убеждения более корректны.

Диспутирование и отработка рациональных убеждений. Диспутирование и тренировка рационального убеждения укрепят убежденность клиентов в новом образе мышления. Ставя под сомнение РУ, как и ИУ, они видят, что РУ соответствуют реальности, гибки, логичны и, что еще важнее, не мешают им достигать своих целей. Последовательная отработка РУ – неотъемлемая часть процесса изменений. Имейте в виду: клиенты тренировали ИУ в течение довольно длительного времени и с определенной настойчивостью. Следует напомнить им, что нужно применять ту же настойчивость и усердие относительно РУ. Мы также просили клиентов составлять и выписывать РУ и хранить их там, где они видны. Зачастую клиенты ставили новое РУ на заставку компьютера, другие писали его на карточках, помещаемых на солнцезащитных козырьках автомобилей или в ящиках стола. Смысл в том, чтобы письменная версия РУ находилась в месте, где клиент, скорее всего, его увидит и прочтет, и в местах, где могут произойти активирующие события.

Сопоставление. Сопоставление информации – это анализ затрат и выгод конкретного поведения. Клиенты могут нарисовать таблицу из четырех ячеек, сверху писать положительные и отрицательные следствия, сбоку – краткосрочные и долгосрочные. Они раздумывают о своем поведении и записывают его следствия в соответствующей ячейке. В табл. 16.1 дан пример задания на сопоставление у клиента Жака, пришедшего на терапию из-за вспышек гнева.

Обычно мы обнаруживаем, что, как и Жак, другие клиенты не могут найти долгосрочных преимуществ симптоматического поведения. Вероятнее всего, они застревают на краткосрочных положительных результатах.

Таблица 16.1. Пример задания на сопоставление у клиента с периодическими вспышками гнева

	Положительные следствия	**Отрицательные следствия**
Краткосрочные следствия	Люди слушаются меня и сразу делают то, что я хочу	Жена и дети уходят из комнаты и не хотят со мной разговаривать
Долгосрочные следствия		Жена и дети боятся меня, ничем не делятся со мной и не хотят быть рядом. Моя семья не любит меня и не будет ничем со мной делиться. Я провожу много времени в одиночестве

Клиенты, желающие изменить привычку или аддиктивное поведение, например курение, переедание, откладывание всего на потом и алкоголизм, часто получают пользу от такого домашнего задания. При назначении задания на сопоставление попросите клиента сосредоточиться как на краткосрочных, *так и* на долгосрочных преимуществах и недостатках своего поведения. Клиенты часто пропускают долгосрочные следствия и сосредотачиваются на краткосрочных положительных. После анализа таблицы попросите их ежедневно просматривать ее или заполнять бланк, подобный табл. 16.1, всякий раз, занимаясь целевым поведением. Диджузеппе и Тафрейт (DiGiuseppe and Tafrate, 2007) сообщают, что такие упражнения делают последствия в сознании клиентов более заметными и повышают мотивацию для работы над другими терапевтическими задачами.

Остановка и отслеживание. Зачастую клиентам неизвестны их ИУ. Мы можем попросить их останавливаться и записывать свои мысли в любое время суток. Это задание особенно полезно тем, кто испытывает трудности с определением когниций. Рекомендуем таким людям держать на рабочем столе компьютера программу для напоминаний Post-it®. Следует записывать туда то, о чем они думают в данный момент. Хотя многие мысли будут нейтральными, терапевт и клиент будут сосредотачиваться на негативных иррациональных мыслях.

Дистракция (отвлечение). Если клиенты не смогли уменьшить свои нарушенные нездоровые эмоции и должны противостоять вызывающим их раздражителям, у них есть два варианта – испытывать эмоцию либо пытаться отвлечься от нее. Преуспев в отвлечении внимания, они могут использовать его в качестве механизма совладания для избегания эмоции. Старый как мир совет – считать до десяти, прежде чем разозлиться, – пример отвлекающей техники. Клиенты могут эффективнее подходить к трудной ситуации, отвлекаясь от эмоционально расстраивающих мыслей, а не пытаясь оспаривать ИУ. При зашкаливании нарушенных эмоций они «не могут мыслить правильно». Некоторые полезные для таких клиентов стратегии включают подсчет предметов вокруг (количество цветочков на обоях в комнате, параллельных линий на обшитой панелями стене или людей, носящих одежду

красного цвета) либо произнесение чего-то про себя или вслух (таблицы умножения, песни или слогана).

Отвлечение внимания не является элегантной стратегией в классическом смысле РЭПТ. Полагающиеся на него клиенты не вырабатывают новую философию жизни или рациональные альтернативные убеждения. Поэтому мы не рекомендуем отвлечение внимания, если клиенту не удалось освоить или извлечь пользу из элегантных или неэлегантных когнитивных решений. Использование отвлечения внимания при лечении тревоги было в поведенческой терапии спорным (Parrish, Radomsky, and Dugas, 2008; Rodriguez and Craske, 1993). Напомним, что люди используют его, когда противостоят раздражителю. С теоретической точки зрения подвергать себя вызывающему страх раздражителю – значит заниматься экспозицией, которая в конечном итоге должна привести к снижению тревоги. Люди с большей вероятностью получат пользу от такого лечения, если ощущают тревогу во время воздействия. Некоторые поведенческие терапевты с подозрением относятся к отвлечению внимания как терапевтической технике. Довод против его использования звучит так: оно не позволяет человеку сосредоточиться на эмоции, вызываемой раздражителями во время экспозиции. Это приводит к меньшему эмоциональному возбуждению и мешает процессу переобусловливания декомпенсации. Многие исследования показывают, что отвлечение внимания способно препятствовать экспозиционной терапии и способствовать возвращению страха. Однако другие исследования предоставили убедительные доказательства того, что некоторые формы отвлечения внимания во время экспозиции могут способствовать как краткосрочному, так и долгосрочному снижению страха и тревоги. Результаты исследований в данной области противоречивы.

Пэрриш, Радомски и Дуглас (2008) сделали обзор исследований по дистракции и лечению тревоги и пришли к нескольким выводам. Они заключили, что устранению страха мешает не отвлечение как таковое, а степень, в которой отвлекающая задача отнимает у человека внимание и оставляет меньше доступной умственной энергии или ресурсов для когнитивной обработки во время воздействия. Если клиенты противостоят вызывающим страх раздражителям, отвлекающие стратегии с меньшей вероятностью контрпродуктивны, а в некоторых условиях могут быть и продуктивными. Во-первых, дистракция способствует повышению самоэффективности клиента (посредством расслабления, позитивного аффекта, изменения убеждений или других средств). Во-вторых, она не требует чрезмерного сосредоточения или концентрации внимания. В-третьих, дистракция позволяет клиенту лучше подходить к поведению, которое позволит получить корректирующую информацию через «дискомфирматорный (опровергающий через отсутствие подтверждения) опыт» (например, «эта ситуация не опасна или не ужасна»). В-четвертых, дистракция не способствует неправильным атрибуциям относительно безопасности клиента. То есть клиент не верит, что отвлечение внимания создает безопасность. Терапевты должны поощрять прекращение использования стратегий для отвлечения внимания, способствующих полному когнитивному избеганию вызывающих страх раздражителей и ведущих к стратегиям избегания, предотвращающих обработку эмоционального опыта столкновения с вызывающими страх раздражителями. Таким образом,

использование дистракции является сложным, и мы рекомендуем поощрять такие техники с осторожностью и при соблюдении вышеназванных рекомендаций.

В посвященной диалектической поведенческой терапии (ДПТ) литературе для обучения навыкам отвлечения внимания используется аббревиатура ACCEPTS.[46] Расшифруем ее:

A – заниматься тем, что доставляет удовольствие;

C – помогать другим людям.

C – сравнивать себя с людьми, которым повезло меньше вас, или вспомнить собственный прежний опыт преодоления более сложных проблем;

E – заставить себя почувствовать другую эмоцию, провоцируя чувство юмора или счастья позитивной деятельностью;

P – временно выкинуть ситуацию из головы, на некоторое время постараться думать о чем-то другом;

T – заставить себя думать о чем-то другом;

S – заняться чем-то, помогающим испытать другие сильные ощущения (например, принять холодный душ).

Исследования подчеркнули, что дистракция помогала при работе с депрессией (Morgan and Jorm, 2008), физической болью (Stinson, 2008) и сексуальной дисфункцией (Rodriguez and Craske, 1993). Мы начали этот раздел с совета «сосчитать до десяти», прежде чем разозлиться. Значительная часть исследований подтверждают идею о том, что дистракция – лучшая стратегия, чем руминация (сосредоточенность на активирующем событии) для уменьшения гнева (Bond, Ruaro, and Wingrove, 2006; Bushman, 2002; Rusting and Nolen-Hoeksema, 1998).

Прослушивание записей. Вы можете вспомнить нашу предыдущую рекомендацию – записывать сессии терапии, получив на это разрешение клиента. Эллис записывал и слушал записи терапий начиная с 1970-х годов и говорил, что это одна из его любимых техник (Rosenthal, 2011). Мы рекомендуем клиентам записывать сессии для собственного пользования. Сделанные таким образом записи могут использоваться между сессиями дома – для обучения релаксации, систематической десенсибилизации, скрытой сенсибилизации и иногда для стимуляции высокой интенсивности (модель наводнения) (Denholtz, 1970). Выслушивание собственных жалоб и требований может сильно повлиять на клиента. Однако мы считаем, что наибольшую пользу прослушивание записей приносит именно в убеждении клиентов изменить иррациональное мышление. У нас было много тех, кто говорил, что их передергивало от прослушивания своих чрезмерных эмоций и иррациональных убеждений.

Макаскилл (Macaskill, 1996) указывает на то, что записанные сессии терапии могут играть значительную роль с социально или географически изолированными клиентами, не получающими поддержки в своей среде обитания. Прослушивание записей повышает вероятность достижения первоначальных терапевтических задач, таких как задания на дифференцированную деятельность и оспаривание когнитивных искажений и дисфункциональных убеждений in vivo. Записи сессий имеют настолько большое преимущество, что мы предлагаем их использовать в повседневной практике РЭПТ.

Шеферд, Солковскис и Моррис (Shepherd, Salkovskis, and Morris, 2009) опросили около семидесяти клиентов, записывавших свои сессии КПТ. Девяносто процентов сообщили, что частично прослушивали записи между сессиями. Большинство обсуждало их со своими терапевтами. И значительная часть клиентов и терапевтов выразили позитивное отношение к использованию записей. Они перечислили преимущества улучшения запоминания сессий. Вывод: использование аудиозаписи сессии в качестве дополнения к терапии (когда клиенты прослушивают записи между сессиями) и для супервизии терапевта приемлемо и полезно как для терапевтов, так и для клиентов. Однако следует отметить, что испытывающие сильную депрессию и склонные к руминации клиенты могут не получить пользы от такого прослушивания.

Примеры поведенческих домашних заданий

РЭПТ считает, что ИУ опосредуют взаимосвязь ситуации, нарушенных, нездоровых эмоций и дисфункционального поведения. Изменение убеждений не является конечной целью, это средство изменения эмоций и поведения клиента. Если клиент говорит: «На самом деле не ужасно получить отказ пойти на свидание, просто мне не повезло», – и тем не менее продолжает избегать назначать женщинам свидания, терапевт усомнится в его уверенности в новых убеждениях. Таким образом, РЭПТ – больше чем «разговорная терапия», она подчеркивает, что значимое когнитивное изменение не имеет смысла, если клиент не ведет себя по-другому. Кроме того, когнитивное изменение более вероятно, если клиенты предпринимают первоначальные попытки изменить поведение. Согласно модели когнитивного диссонанса в изменении отношения (Фестингер[47], Harmon-Jones and Mills, 1999), иное поведение часто приводит к иному мышлению и иным эмоциям. Когнитивный диссонанс – это психологический дискомфорт, возникающий в результате одновременного следования противоречивым убеждениям, который приводит людей к получению мотивации или стремлению снизить диссонанс. Они делают это, меняя свои отношения, убеждения и действия. Если вы можете убедить человека поступать не согласующимся с его ИУ образом, он испытает когнитивный диссонанс и получит мотивацию изменить ИУ в соответствии со своим поступком. Так изменение поведения приведет к изменению убеждений.

Упражнения на принятие риска и атаку на стыд. Это два наиболее распространенных домашних задания в РЭПТ. Хотя данные упражнения можно рассматривать как взаимозаменяемые, у них есть особенности, основанные на страхе клиента. Принятие риска побуждает клиента пересмотреть свое определение последствий определенного поведения как ужасных или опасных, хотя они таковыми не являются. В подобных заданиях клиенты могут попытаться быть более твердыми или заставить себя идти на риск, особенно на социальный, которого ранее избегали. Уникальным аспектом выполнения заданий на принятие риска является то, что зачастую они предназначены для того, чтобы клиенты пережили неудачу или столкнулись с вызывающими страх последствиями, которых избегают. Это особенно верно в случаях перфекционизма или страха неудачи. Как мы упоминали ранее, люди учатся на собственном опыте: если они никогда не переживали неудач, вряд ли изменят свои ИУ и их избегание. Трудно воздействовать на страх наступления неприятного события, если клиент его не испытывает. Те, кто избегает риска, считая, что он слишком *дискомфортен*, или потому, что *необходимо* одобрение других, получают пользу от упражнений на принятие риска. Нуждающемуся в одобрении перфекционисту можно рекомендовать написать по электронной почте письмо какому-то уважаемому человеку, не дописать его до конца и нажать кнопку «Отправить». Клиенту не разрешается объяснять причины отсылки данного письма или посылать следом другое. Это дает возможность вытерпеть дискомфорт и в то же время потренироваться быть человеком, которому свойственно ошибаться.

Рассмотрим случай молодого человека, испытывающего тревогу из-за свиданий. После некоторой тренировки в социальных навыках он получил задание на следующей неделе установить три социальных контакта: если добьется успеха и

получит три свидания из трех попыток, пропустит важный урок – не выработает иммунитет против стресса неудачи и рискует остаться для него уязвимым. Вместо этого терапевт может предложить клиенту упражняться в неудачах на следующей неделе, пока тот не наберет три отказа женщин. Обратите внимание на беспроигрышный характер этого задания: клиент будет успешен, даже потерпев неудачу. Если его приглашения будут приняты, он добьется успеха в достижении своей цели, а если их отклонят, преуспеет в выполнении домашней работы и может вынести эти случаи на анализ в терапии.

Таким образом, терапевт назначает упражнения на получение опыта неудачи по двум причинам: они поучительны и допускают десенсибилизацию, потому что, если клиент боится потерпеть неудачу, вероятно, сначала не станет и пытаться. Кроме того, такие задания ставят под сомнение мышление клиента на двух уровнях. Во-первых, наш опыт показывает, что клиенты переоценивают вероятность негативных последствий и, выполняя такое задание, они узнают об этом. Во-вторых, продолжая его выполнять до тех пор, пока не столкнутся с неудачей или вызывающим страх раздражителем, они научаются тому, что даже в случае плохого результата могут его пережить, это не ужасно. Таким образом, упражнения на принятие риска зачастую имеют парадоксальное свойство. Выполняя то, что считают плохим, и одновременно работая над декатастрофизацией или самоунижением, клиенты сознают, что способны справиться с таким поведением, при этом необязательно им заниматься. Например, страдающего бессонницей можно попросить попытаться не спать всю ночь, страдающего неврозом навязчивых состояний – выполнять навязчивые действия по сто раз в день, импотента – не получать эрекции (Fay, 1978). Получение задания выполнять то, что вызывает тревогу и беспокойство, часто устраняет «ужасность» такого поведения.

Рассмотрим случай аудитора, боящегося допускать ошибки. У него был серьезный случай перфекционизма. Его заданием стало намеренное совершение ошибок и, несмотря на них, практика самопринятия. Хотя клиент настаивал на том, что он и так постоянно совершает ошибки и не должен пытаться их делать нарочно, когда пришел на прием на следующей неделе, сообщил, что не допустил ошибок. Как и предсказывал терапевт, он очень боялся того, что в действительности маловероятно. В следующие недели задание продолжилось, и клиент заставил себя совершить случайную ошибку. Он сообщил, что для него стало откровением то, что ошибка не была катастрофой и он не превратился в неудачника из-за ее совершения.

Стыд является следствием самоуничижения, и упражнения атаки на стыд (Ellis, 1973b, 1977b) предназначены обучить клиентов тому, что, если они в действительности совершают глупые или сумасбродные поступки, даже публично, мир от этого не рухнет, им необязательно себя унижать. Главный принцип – научить клиентов отличать поведение от собственной ценности как личности. Так они научаются оценивать поведение, а не себя.

Упражнения атаки на стыд ставят под сомнение нашу острую потребность в одобрении, соответствии нормам и консерватизме. Мы часто подменяем одобрение соответствием нормам, являющимся сильным средством социального контроля, но также излишне подавляющим нас, если мы наказываем себя тревогой и стыдом. Что происходит, если поставить под сомнение соответствие нормам? Люди могут плохо

подумать о нас и хмуриться в ответ. Мысли и выражения лица окружающих необязательно должны нас задевать, но зачастую мы верим, что они способны на это. Упражнения атаки на стыд помогают клиентам оспорить данное убеждение. Кроме того, они забавны и помогают клиентам менее серьезно относиться к социальному неодобрению. Вариант этого задания – рассказывать о своих ошибках другим. Говори о них и перестань их скрывать!

Вот несколько примеров упражнений атаки на стыд, которые часто используются в РЭПТ:

• Подойдите к незнакомому человеку и поздоровайтесь с ним, как со старым знакомым. Спросите, как он себя чувствует. Не сдерживайте эмоций.

• Встаньте на оживленной улице. Протяните руки навстречу прохожим и скажите пять раз: «Мессия вернулся. Следуйте за мной».

• В ресторане подойдите к другому столику и спросите у людей, вкусная ли еда и не принести ли им еще что-нибудь.

• Зайдите в три ближайщих торговых центра и попробуйте продать кому-нибудь вчерашнюю газету.

• Зайдите в универмаг и пять раз громко объявите покупателям точное время, сказав: «Дамы и господа, сейчас 1:15, 1:16, 1:17…» и т. д.

• Обвяжите банан длинным куском веревки и «прогуляйтесь» с ним по оживленной улице.

• Проедьтесь в переполненном лифте, стоя спиной к другим.

• Выкрикивайте пассажирам названия пяти остановок подряд в метро или автобусе.

• Сходите в местную библиотеку для взрослых и решительно попросите библиотекаря выдать две книги, которые вам нужно прочитать: сказку «Курочка Ряба» и «Тараканище» Корнея Чуковского.

• Зайдите в ресторан с яичницей в меню и попросите приготовить омлет из половины яйца.

Вы можете назначать упражнения атаки на стыд всем членам терапевтической группы и сделать так, чтобы они выполняли задания индивидуально или группой. Например, попросите группу социально тревожных клиентов публично спеть песню, станцевать или устроить флешмоб. Коллективная деятельность представляет собой последовательное приближение к окончательному заданию, которое каждый будет выполнять самостоятельно.

Клиенты могут выбрать одно из вышеперечисленных заданий или, желательно с помощью терапевта, придумать отвечающее именно им задание. Например, одна клиентка утверждала, что не может быть твердой с матерью из-за страха причинить вред ее психическому здоровью, что, в свою очередь, заставит других прийти к выводу, что она плохая дочь. Ее домашнее задание состояло в том, чтобы сказать друзьям: «У моей матери был нервный срыв из-за моего плохого поведения», – понаблюдать за их реакцией и практиковать самопринятие.

Есть ряд предостережений, которые следует учитывать при обсуждении подобных упражнений с клиентами. Предполагается, что упражнение атаки на стыд – это задание для клиента, а не для окружающих. Если он поступает таким образом, что привлекает внимание и осуждение к своим друзьям, а они не проходят РЭПТ,

такое упражнение может привести к потере дружбы. Лучше не выполнять задания, причиняющие неудобства или создающие проблемы другим. Повторимся: остальные люди не подписывались участвовать в заданиях на личностный рост. Избегайте действий, способных привести к потере работы, исключению из учебного заведения или аресту. Если последствия поведения клиента могут быть неблаговидными, задание вредное, а не полезное.

Задания атаки на стыд преследуют две цели.

Первая цель – помочь клиентам диспутировать чувство стыда поведенчески. Для достижения этой цели необходимо выполнять назначенные упражнения. Подготовка к ним часто включает когнитивную отработку, а анализ ABCD готовит клиентов к правильному выполнению заданий.

Вторая цель – помочь клиентам оценить точность их прогнозов относительно того, как на них отреагируют окружающие. Большинство из нас переоценивают степень, в которой других заботит или в которой другие замечают наше поведение. Эллис рассказывал об одном из своих клиентов, который несколько недель подряд пытался найти в себе смелость называть пассажирам остановки в нью-йоркском метро. Наконец он решился выкрикнуть одну остановку и увидел, что ничего страшного не произошло. На следующей неделе он дал себе задание выкрикнуть все семь остановок на пути между его домом и работой. Что случилось? Ни один человек в метро ничего ему не сказал, кроме одного пассажира, спросившего: «А когда будет “Лексингтон-авеню”?»

Противоположно направленное ИУ действие. Независимо от симптомов клиенту важно научиться действовать против своих иррациональных убеждений и нарушенных эмоций. Для описания плана действий против своей тревоги (Линехан[48]) ДПТ использует выражение «противоположно направленное действие». Избегая социализации из-за мысли об ужасности быть отвергнутым, идите к людям и взаимодействуйте с ними. Боясь публично высказываться в классе из-за мысли о своей никчемности в случае ошибки – говорите публично. Злясь и желая сказать что-то неприятное, найдите доброе слово или комплимент для объекта вашего гнева.

Релаксация. Релаксационный тренинг – обычное поведенческое задание, действенное в случае многих психологических симптомов. Релаксацию можно назвать «аспирином» психотерапии. Исследователи и терапевты обнаружили успешность техник релаксации для широкого спектра проблем, включая гнев, приступы тревоги, проблемы с сердцем, депрессию, головные боли, высокое кровяное давление, сбои иммунной системы, бессонницу, боль, стресс и разные зависимости. Они также улучшают общее самочувствие. Большинство техник выполняется в одиночку, спокойно, в положении сидя или лежа, с минимумом движений. Техники включают аутотренинг, биологическую обратную связь, глубокое дыхание, медитацию, дзен-йогу, прогрессирующую мышечную релаксацию, пранаяму, визуализацию, *йога-нидру* и самогипноз. Некоторые (например, йога) требуют помощи квалифицированного специалиста, другие включают движения: физические упражнения, ходьбу, уход за растениями или тайчи. Во время такой деятельности ум расслаблен, хотя движение присутствует (см. обзор Ferguson and Sgambati, 2009).

Исследования показывают, что все техники релаксации одинаково эффективны и имеют одинаковый механизм изменений. Многие терапевты учат клиентов расслабляться, предлагая им слушать заранее подготовленную аудиозапись с инструкциями. Однако вскоре клиенты выполняют упражнения без сигналов извне. Собственно говоря, по мере отработки навыков расслабления они могут обнаружить, что лучше заниматься в собственном темпе и, вероятно, не нужно работать с изолированными мышечными группами (например, с правой рукой), их легко объединять в блоки (например, задействовав обе руки).

Можно рекомендовать к использованию профессионально записанные сценарии релаксации. Рекомендуемые сценарии есть в книге «Клиническая поведенческая терапия» (Goldfried and Davison, 1994). Кроме того, терапевты могут записать на диктофон собственные инструкции по расслаблению или сессию обучения клиента техникам релаксации. Последний метод способен повысить эффективность обучения некоторых клиентов, поскольку голос терапевта становится связан с процедурой и помогает продлить эффект от расслабления по дороге из кабинета терапевта до дома. Клиента можно попросить включать аудиозапись релаксации каждый вечер, например, перед сном. На следующей сессии он может принести запись и попрактиковаться в ее использовании в присутствии терапевта. Терапевт может периодически останавливать запись и оценивать степень расслабления клиента. Обучение техникам релаксации бывает утомительным занятием для терапевта и занимает драгоценное время сессии, но если клиент выполняет большую часть работы в виде домашнего задания, это минимизирует обе проблемы.

Одним из аспектов достижения успеха с домашними заданиями на расслабление является организация времени и окружающей клиента обстановки для максимизации вероятности выполнения упражнений. В идеале нужна тихая комната, подальше от отвлекающих факторов, где можно расслабиться. Члены семьи могут участвовать в процессе, не мешая клиентам и отвечая на их телефонные сообщения, пока те выполняют домашнее задание.

Письмо. В РЭПТ часто используются письменные задания. Например, клиенты могут написать дебаты о логичности, достоверности и полезности одной или нескольких своих иррациональных идей. Их можно попросить вообразить себя членами команды по дебатам, чья задача – спорить с соперником независимо от того, верят они в свою идею или нет. Так терапевт использует когнитивный диссонанс с клиентами, утверждающими, что они могут написать оспаривание, но не верят в него. Исследования по изменению установок показывают, а клинический опыт подтверждает, что написание такого оспаривания часто убеждает пишущего в собственных аргументах. В конце сессии терапевт может написать утверждение для оспаривания в верхней части чистого листа бумаги (используя отдельный лист для каждого оспаривания), а клиент заполнит оставшуюся часть диспутированием. Так, незавершенные во время сессии диспутирования можно продолжить дома или закрепить уже завершенное диспутирование.

Вот пример дебатов, написанный одной из клиенток:

Утверждение: Если мои дети совершают ошибки в своей жизни, это доказывает, что я плохая мать.

Оспаривание: Ошибки совершают все, независимо от того, были у них хорошие или плохие родители. Это присуще человеку.

Моим детям нужно учиться методом проб и ошибок. Совершенные мною промахи положительно повлияли на мой личностный рост. Я научилась не повторять их. Боль помогает развить нежелание боли. Кроме того, пережитые мною ошибки позволили мне стать более сострадательной и понимающей по отношению к другим людям. Я лучше общаюсь и наслаждаюсь большей зрелостью. То же самое может быть и у моих детей.

Я не единственный человек, оказывающий влияние на моих детей. В их развитие кроме меня внесли вклад многие формирующие личность факторы. Разница между двумя детьми показывает, что я не могла целиком и полностью создать их личности, иначе они обладали бы большим сходством. Они продолжают получать опыт от других людей, а также от самих себя. Встречаясь с каждой новой жизненной ситуацией, они реагируют на нее и вносят в свою личность тонкие коррективы, требующиеся на данный момент. Поэтому я не несу полной ответственности за их проблемы. Мои дети даже указали мне на то, что я не являюсь плохой матерью из-за того, что они совершают ошибки. «Это глупо!» – сказали они.

С таким же успехом я могла бы взять на себя ответственность и за их хорошие качества, если настаиваю на ответственности за отрицательные. Я знаю, что сделала много хорошего для моих детей. Если бы я, будучи матерью, зацикливалась на своих прежних ошибках, заманила бы и заперла бы себя в ловушку прошлого. Я не признавала бы его уход, а также личностный рост и происходящие изменения. Это значило бы жить жизнью другого человека (пусть и самого близкого). А если продолжать испытывать чувство вины, это закончится жалостью к себе. Это так скучно!

В похожем задании клиенту можно предложить изменить отношение к слову «следует» и защищать его использование. Техника особенно эффективна для юристов. Их просят предоставить доказательства терапевту, выступающему в роли судьи. Клиент приходит на следующую сессию и озвучивает свои доводы, стоя перед «судьей». Клиентов, испытывающих трудности с оценкой собственной ценности, просят отстаивать позицию, в которой все люди имеют равную ценность; клиентов, считающих, что они *должны* преуспеть во всем, просят защитить идею, почему ошибки бывают полезны, и т. д. Озвучивая клиентам свои аргументы, помните о тоне и силе голоса, а также о невербальных жестах. Если клиенты говорят тихо и неуверенно, попросите их начать все сначала и озвучивать судье аргументы так, словно им грозит смертная казнь.

Другой формой используемого в РЭПТ письменного задания может быть дневник отслеживания доказательств «за» или «против» конкретных отрицательных автоматических мыслей. Хотя это неэлегантное решение, мы часто используем в РЭПТ данную стратегию. Клиент определяет повторяющуюся отрицательную автоматическую мысль, а затем отслеживает конкретные события и оценивает, был ли его выраженный в автоматических мыслях прогноз точным. Иногда он жалуется: «Каждый раз, когда я звоню новому клиенту, чтобы продать свой товар, мне отказывают!» Каковы показатели продаж на самом деле? Скольким потенциальным клиентам он позвонил, кем они были и сколько отказов получено? Точно так же

пациент с депрессией, утверждающий, что находится в ней «все время», может открыть для себя полезную информацию, отслеживая счастливые моменты или то время за день, когда подавленное настроение улетучивается (Freeman and Davis, 1990). Полные клиенты могут вести учет количества и вида съеденной пищи, времени и места ее приема и прочего. Точные записи имеющихся данных способны послужить для исправления искаженного восприятия клиентом A и атрибуций причин возникновения событий, а также для определения предшествующих событий и последствий неприятного поведения.

Очень успешная форма домашней работы – экспрессивное письмо, подразумевающее написание рассказа о расстраивающем опыте (Pennebaker, 1997, 2004, 2011). Исследования подтверждают, что этот прием полезен людям с любым состоянием физического здоровья, любой формой медицинского обслуживания, любыми психологическими проблемами, а также улучшает их самочувствие. Выявление и раскрытие расстраивающих событий прошлого путем пересказа сокровенных мыслей и чувств – составная часть любой психотерапии. Все психотерапии предполагают зависимость эффективности от реакции терапевта на раскрытие клиента. Разные теории терапии имеют разные представления, как следует реагировать терапевту. Несмотря на различия, почти все терапии эффективны. Вмешательство в виде экспрессивного письма эффективно при отсутствии терапевта, аудитории или действий. Это указывает на то, что раскрытие себя в письменной форме на бумаге либо в электронной форме дает терапевтический эффект. Это самая незатратная техника (см. Baddeley, and Pennebaker, 2009). Исследования в поддержку экспрессивного письма обширны: поиск на сайте PsychLit упоминаний об экспрессивном письме в названии статей дал более 185 статей на момент написания данной книги (октябрь 2011 года).

Пеннебейкер (Pennebaker, 2011) дает такие рекомендации для домашних заданий на экспрессивное письмо:

• Найдите время и место, где вам не помешают. В идеале выбирайте время в конце рабочего дня или перед сном.

• Пообещайте себе, что будете писать не меньше пятнадцати минут в день минимум три-четыре дня подряд.

• Начав писать, не прерывайтесь. Не беспокойтесь об орфографических и грамматических ошибках. Если у вас иссякли идеи, о чем писать, просто повторите уже написанное.

• Вы можете писать рассказ от руки или набирать на компьютере.

• Если вы не можете писать, можно наговорить рассказ на диктофон.

• Можно писать об одном и том же все три-четыре дня или каждый день разное. Это зависит от вашего желания.

Написание клиентами рассказов о своих конфликтах, прежних трудностях, неудачах или травмах в промежутке между сессиями помогает стать на путь улучшения.

Блок 16.2

Чтобы убедить сопротивляющегося клиента выполнить задание атаки на стыд, терапевт может подать ему пример. Скажем, выйти с клиентом на улицу и смоделировать необычное поведение для показа того, что люди более терпимы к нашему поведению, чем мы думаем. Вы способны на это?

Мы рекомендуем начинающим РЭПТ-терапевтам следовать примеру обучения в Институте Альберта Эллиса и ставить перед собой задачу выполнить ряд упражнений на принятие риска и атаки на стыд. Выберите их из приведенного в книге списка или создайте собственное упражнение, а затем выполните его на этой неделе самостоятельно. Неплохо выполнять упражнения атаки на стыд через определенные промежутки времени, чтобы поддерживать себя в хорошей форме.

Примеры эмотивных домашних заданий

Рационально-эмотивная визуализация (РЭВ). Как обсуждалось ранее, РЭВ предполагает представление клиентом в уме ситуации, когда он испытывает нездоровую, отрицательную эмоцию. Его просят поменять ее на здоровую, функциональную отрицательную эмоцию и сообщить терапевту, когда он это сделает. Терапевт спрашивает клиента, как тот изменил эмоцию, и если он понимает и соглашается со связью B и C, его ответом будет, что он изменил свою мысль. Выполнение РЭВ может назначаться несколько раз в неделю в качестве домашней работы.

Отработка рациональных самоинструкций, произносимых с сильным чувством. Это задание представляет собой комбинацию когнитивного и эмотивного (и вероятно, поведенческого, с учетом аспекта отработки). Клиенты потратили годы жизни на переубеждение себя своими ИУ, так что напористость в данном случае не помешает! Очень важно подчеркнуть, что для того, чтобы они не только *почувствовали* себя лучше, но и, что еще важнее, *поправились*, придется *намеренно* отрабатывать здоровую когницию. Другими словами, необходимо сопровождение сильной, убедительной эмоции. Простое изложение РУ монотонным, тихим голосом вряд ли позволит приобрести более здоровое убеждение.

Просмотр фильмов и телепрограмм. Для клиентов, испытывающих трудности с определением и называнием эмоций, следует рассмотреть возможность назначения домашней работы, посвященной вспоминанию нескольких фильмов или героев телепрограмм и сериалов, демонстрирующих ту же эмоцию, что обсуждалась на терапии. Во время сессии их просят объяснить, почему они решили, что герой испытывал ту же эмоцию, как он мог чувствовать себя физически, как выглядел, что происходило (A) и о чем мог думать. Это шанс обучить модели ABC РЭПТ.

Дневники эмоций. Попросите клиентов вести дневник, где записывать точное время, события, пережитые эмоции и их интенсивность. Дневник может быть полезен терапевту для обнаружения общих триггеров и тем для клиента.

Домашние задания на получение счастья

Еще одна домашняя работа, которая нечасто упоминается в официальной литературе по РЭПТ, но которую мы считаем очень важной, – задания, сосредотачивающие внимание клиента на получении удовольствия, счастья и радости. Для перехода от рассмотрения исключительно проблемы к более позитивному настрою может оказаться полезным составление клиентами списка вещей, выполнение которых в течение дня доставляло им удовольствие, сосредоточив внимание даже на небольших повседневных чувственных удовольствиях, таких как запах кофе или вкусный бутерброд. Это задание напомнит клиентам о приятных вещах в жизни. Некоторые из этих приятных моментов будут связаны с отношениями: кто мне сегодня улыбнулся? Кого я был рад видеть? Каким позитивным моментом я поделился с супругой?

Поощряйте фантазии о предстоящей позитивной деятельности и позитивных событиях прошлого. Умственная деятельность может быть как позитивной, так и направленной на оспаривание отрицательных или дисфункциональных мыслительных привычек. Выработка привычки мыслить позитивно способна сыграть не меньшую роль в улучшении самочувствия. Работа терапевтов может рассматриваться не просто как работа по устранению страданий, но и как активное содействие счастью.

Еще один путь к счастью – выработать привычку делать хорошее для других. Например, при депрессии пациент сосредоточен на нарциссизме и отрицательном ви́дении себя. Напоминание о необходимости сосредотачивать внимание вовне, особенно – делать приятное для окружающих, что немедленно окупается сторицей, может переориентировать внимание клиента и вселить в него энергию.

Выявление и устранение проблем при выполнении домашних заданий

При каждом еженедельном приходе клиента на терапию сначала проверьте домашнее задание. Если он не приходит с новой, очевидно более важной, проблемой или не пребывает в явном эмоциональном дистрессе, постоянное выполнение заданий – это способ системной интеграции посещений терапии.

Клиенты могут ждать новых домашних заданий каждую неделю, как происходит в школе или кабинете врача при корректировке лекарств или их дозировки. Но по факту, до наступления когнитивного или эмоционального изменения, можно работать над поведенческим заданием в течение нескольких недель. Будьте внимательны к ожиданиям клиента; если им не уделять внимание, это может привести к депрессивным когнициям (например, «Блин, у меня нет никаких сдвигов»), что усилит дистресс.

Что делать, если клиент не выполнил домашнее задание? Выяснить причину: такие сбои часто предоставляют ценную диагностическую информацию о системах убеждений. Невыполненное домашнее задание может рассматриваться как новое активирующее событие, способное вылиться в дополнительный эмоциональный стресс. Поэтому терапевту стоит задать клиенту ряд полезных вопросов:

Т.: Как вы себя чувствуете из-за того, что не выполнили задание?

К.: Ужасно.

Т.: Ужасно? Каким образом?

К.: Я чувствую себя виноватым. Мне следовало сделать домашнюю работу.

Т.: Вы думаете, вам следовало ее сделать? Почему вы обязаны были ее сделать?

К.: Потому что я ужасно чувствую себя из-за того, что ее не сделал.

Т.: Как думаете, почувствовали бы вы себя по-другому, если бы не сказали мне, что вам следовало ее сделать? Попробуйте исправить предложение: «Было бы неплохо ее сделать, но я ее не сделал. Очень плохо. Я сделаю ее на следующей неделе».

К.: Я ее не сделал. Очень плохо. Я попытаюсь снова сделать ее на следующей неделе.

Т.: Как думаете, вы почувствовали бы себя лучше, если бы придерживались такого убеждения?

К.: Да, было бы гораздо лучше думать об этом таким образом.

Т.: Хорошо, а вы можете напоминать себе так думать?

К.: Как?

Т.: Что бы вы сделали, чтобы не забыть купить молоко в магазине?

К.: Я бы записал это! Я сейчас так и сделаю. Так что мы только что сказали?..

Депрессивные когниции иногда следуют за неспособностью выполнить домашнее задание, как в примере выше, или являются причиной неудачи в его выполнении. Клиента может остановить когниция: «Это безнадежно – зачем пытаться?» Обычно отвечать на такой вопрос не хочется, и терапевт способен помочь клиенту оспорить представление о своей беспомощности и проанализировать, почему ситуация не безнадежна.

Блок 16.3

Что вы чувствуете, если клиент не выполняет домашнее задание? Сердитесь? Если так, разумно исследовать собственные убеждения и про-диспутировать их. Или вы чувствуете тревожность и депрессию? Ищите такие когниции, как «если бы я был хорошим терапевтом, он выполнил бы задание», и ставьте их под сомнение. Домашние задания могут быть настоящими диагностическими инструментами.

Не бойтесь противостоять клиенту и спросите его, почему задание не выполнено. Его было так трудно сделать? Одна из гипотез гласит, что клиент определил требуемый шаг как *слишком* большой. Как мы заявляли ранее, РЭПТ-терапевты склонны следовать модели наводнения, призывая клиентов делать большие, а не маленькие шаги. Хотя теоретическая модель ясна, практическая реальность такова, что зачастую желательно спуститься в иерархии сложности на пару шагов, чтобы найти задачу, с которой готов столкнуться клиент. Помните: цель состоит в побуждении клиентов выполнять поведенческое диспутирование; немного терпения и творческий подход к разбивке сложных заданий на более мелкие важны для ее достижения. Таким образом, если клиент – зависимая от матери женщина, звонящая ей каждый день и желающая ослабить привязанность, она может не захотеть воздержаться от звонка матери на целую неделю, но для начала согласится на двухдневный перерыв. Успех в более легком задании повышает вероятность выполнения более сложных заданий впоследствии.

Похожим образом терапевт может исследовать цену выполнения задания. Вероятно, клиент скорее послушает запись на диске, чем прочтет книгу. Вероятно, подросток охотнее читает тонкую книгу, чем толстую. Вероятно, женщина будет практиковать расслабляющие упражнения два раза в неделю, но «не сможет найти время» для выполнения их каждый вечер. Хотя терапевту хочется постоянно побуждать клиента работать стабильно и с большими усилиями, разумно сначала хвалить его за любые достижения, ведь в конечном итоге научение – постепенный процесс. Терапевт может по-прежнему сталкивать клиентов с реальностью, напоминая им, что чем меньше они делают, тем медленнее наступит улучшение. У клиентов всегда есть выбор, но терапевт должен быть уверен, что они понимают последствия.

Общая проблема, с которой сталкиваются клиенты, не выполняющие домашние задания, – непредвиденные обстоятельства (Ellis and Knaus, 1977). Клиент постоянно извиняется за отсрочку выполнения задания и горячо клянется начать его завтра, но раз за разом все повторяется. Например: «Сегодня было *слишком* много дел, я расслаблюсь завтра» или «Сегодня у меня слишком сильная тревога, а завтра я точно возьмусь за дело». Непереносимость фрустрации характерна для клиентов, не выполняющих домашние задания. Им часто мешают такие убеждения, как «Это задание *слишком* трудно сделать» или «Рисковать слишком дискомфортно».

Смежной проблемой является ситуация двойной связи (Ellis and Knaus, 1977). Вот несколько примеров. Клиентка с анорексией жалуется на отсутствие друзей. Хотя заявленная цель состоит в развитии дружеских отношений, терапевт выясняет, что она отклонила два приглашения от компаньонки по бриджу поехать к той в гости

после игры. Почему? В доме женщины может оказаться еда, а страдающая анорексией клиентка считает, что имеет избыточный вес и ей нужно сбросить пять килограммов. Более распространенный пример – курильщик, желающий бросить курить и похудеть. Ни одна из целей не достигнута, так как он боится, что если бросит сигареты, будет есть больше, а если сядет на диету, станет больше курить.

Проблемы, подобные описанным, иллюстрируют философию непереносимости фрустрации, их лучше решать путем прямой конфронтации, определенного набора действий и, возможно, программы создания внешних ситуаций. Например, курильщику следует указать на то, что у него есть три варианта изменения: 1) он может бросить курить и не беспокоиться о весе первые несколько трудных недель отвыкания; 2) он может очень постараться сбросить пять килограммов, а затем начать бросать курить или 3) он может делать то и другое одновременно, что сложнее. Таким образом, клиент сталкивается с фактом, что обе проблемы решаются независимо друг от друга. После выбора цели можно наметить стратегию.

Выполнение домашнего задания имеет решающее значение для эффективности терапевтического процесса. Понимание клиентами этого факта особенно важно. По возможности для успешного выполнения домашней работы можно создать вознаграждающие ситуации. Это не значит, что, получая желаемое, клиенты обязаны успешно выполнять домашние задания. Скорее они преуспевают в смысле выполнения заданного. Если клиенты постоянно избегают делать домашнее задание из-за непереносимости фрустрации, желательно, чтобы назначение времени следующей сессии зависело от выполнения домашней работы. Конечно, здесь нужна клиническая оценка: данная стратегия противопоказана депрессивным клиентам и тем, чьи проблемы требуют постоянного внимания.

Постепенное прекращение терапевтом разработки домашних Заданий

До прекращения терапии ее цель состоит в независимой от терапевта жизни и приобретении необходимых когнитивных и поведенческих навыков, позволяющих клиенту стать терапевтом самому себе. Для достижения этой цели терапевт может постепенно ослаблять свою активную роль в назначении домашних заданий и поощрять клиентов придумывать собственные задания. Так, во время сообщения клиента о прогрессе на предыдущей неделе терапевт может спросить: «Что бы вы могли сделать на следующей неделе для закрепления своего успеха?» Благодаря постепенному изменению и ослаблению терапевтом директивности клиенты приобретают способность организовывать собственную работу по самопомощи.

Мы рекомендуем РЭПТ-терапевтам разработать политику выполнения домашних заданий, о которой рассказывать клиентам на первой сессии. С учетом исследований, подтверждающих влияние домашних заданий на результаты лечения, терапевтам полезно включать их в свою практику. В неделе 168 часов, один из которых клиент проводит в кабинете терапевта. Спросите, скольких изменений он добьется, по его мнению, и как быстро их достигнет, если будет полагаться лишь на этот час в неделю. Копия политики домашних заданий Института Альберта Эллиса приведена в приложении 6.

ПРИМЕЧАНИЕ

Ответы к блоку 16.1:

Активирующее событие – Я ходил на собеседование, и меня не взяли.

Рациональное убеждение – Мне не повезло, я не получил работу.

Иррациональное убеждение – Ужасно, что я не получил работу.

Эмоциональное следствие – Я ощутил депрессию.

Диспутирование – Как мои мысли об ужасности того, что я не получил работу, помогают достичь моей цели? Действительно ли наступил конец света из-за того, что я не получил работу? Может ли быть что-то хуже?

Глава 17

Комплексная рационально-эмотивно-поведенческая терапия

Ранние работы Эллиса были почти исключительно сосредоточены на элегантном или философском решении эмоциональных проблем и логичной, убедительной модели терапии. Собственно говоря, именно сосредоточенность на философском содержании больше всего отличала РЭПТ от других психотерапий. Вы уже знаете: элегантное решение предполагает, что А (вывод) может быть истинным («допущение худшего»), и побуждает клиентов менять свои ИУ (императив/требования) относительно того, что худшее не должно случаться, а также их ИУ (производные) об имеющейся реальности. Впоследствии Эллис[49] (1977b, 1979b) отмечал, что для достижения максимального терапевтического эффекта терапия часто требует как элегантных, так и неэлегантных решений. Неэлегантные решения – это попытки помочь клиентам, изменив их неправильное восприятие А и, по возможности, само А. Эллис также отмечал, что для помощи клиентам в изменении поведенческого С РЭПТ использует и другие поведенческие вмешательства.

Изучив литературу по КПТ, мы заметили, что когнитивно-обучающие терапии делятся минимум на 12 категорий:

• классическую РЭПТ с акцентом на философские решения, рассматриваемую в данной книге;

• самоинструктаж, или стресс-прививочную терапию (СПТ), обучающую использованию речи для отработки самоинструкций или управления поведением клиентов (Meichenbaum, 1993; 2009);

• постановку под сомнение точности представлений и выводов клиентов о реальности для появления у них более реалистичных мыслей о себе, других и мире (Beck, 2005; Dobson and Hamilton, 2009);

• конструктивистские подходы, помогающие клиентам понять причины происходящих событий и выработать более точные и полезные атрибуции, схемы или конструкты себя, других и мира (Laird and Metalsky, 2009);

• обучение навыкам решения проблем, помогающим клиентам более эффективно менять свою жизнь (Nezu, Maguth-Nezu, and McMurran, 2009);

• моделирование и методы отработки, обучающие новым адаптивным реакциям, например социальным навыкам (Segrin, 2009) или ассертивности (Duckworth, 2009);

• релаксационный тренинг, обучающий альтернативной физиологической реакции на нарушенные отрицательные эмоции (Ferguson and Sgambati, 2009);

• процедуры экспозиции для научения новым реакциям на раздражители, вызывающие нездоровые нарушенные эмоции (Hazlett-Stevens and Craske, 2009);

• методы подкрепления, обеспечивающие положительные результаты для адаптивного поведения;

• методы поведенческой активации, побуждающие клиентов делать вещи, доставлявшие им удовольствие в прошлом, что подкрепляет их поведение (Dimidjian, 2011);

• методы диффузии, побуждающие клиентов действовать для достижения своих целей, несмотря на гнетущие их чувства и мысли (Hayes, Villatte, Levin, and Hildebrandt, 2011);

• упражнения на прояснение ценностей, помогающие клиентам решить, как они хотят жить и каких целей достичь (Hayes, Villatte, Levin, and Hildebrandt, 2011).

РЭПТ объединяет все эти методы когнитивно-обучающих терапий. В данной главе кратко описаны некоторые из них и то, как мы комбинируем их с классической РЭПТ.

Непосредственное изменение поведенческого С

Поведенческая терапия давно утверждала, что успешной стратегией снижения нежелательной реакции является закрепление поведения, не совместимого с поведением, которое нужно изменить. При нескольких вмешательствах используется эта стратегия для побуждения клиентов к противоположным их симптомам поступкам. Они инструктируют клиентов, рекомендуя поступать так, словно они не имеют симптомов нарушения. Поведенческие вмешательства побуждают клиентов изменить ***поведенческое С*** в нашей модели АВС. РЭПТ всегда была формой поведенческой терапии, и такие вмешательства согласуются с ее классической формой. Терапевты могут использовать их до, одновременно или после оспаривания ИУ. Линехан[50] называла вмешательство противоположно направленным действием, так как клиенты ведут себя прямо противоположно своим симптомам.

Релаксационный тренинг. Релаксационный тренинг называли аспирином КПТ. Он помогает практически при любой психологической проблеме. Релаксация несовместима с нарушенными, нездоровыми отрицательными эмоциями. Она привлекает внимание человека к поставленной задаче и замедляет процесс тщательной обработки окружающей информации. Терапевты объединили РЭПТ с релаксационным тренингом, обучая ему после достижения элегантного решения в начале терапии либо при наличии у клиента трудностей в научении классической РЭПТ. У релаксации практически нет отрицательных побочных эффектов или противопоказаний. Существует много разных техник релаксации, все дают одинаковый эффект для тела, эмоций и поведения. Следовательно, вы можете использовать ту из них, которая больше подходит вашему клиенту (Ferguson and Sgambati, 2009). Голдфрид и Дэвидсон (Goldfried and Davison, 1994) подробно описали несколько техник релаксации.

Блок 17.1

Расслаблению, как любому другому поведенческому навыку, обучают с упором на изменение мышления. В дополнение к непосредственному снижению уровня нездоровых, нарушенных отрицательных эмоций релаксация способна изменить приводящие к нарушенным эмоциям когниции, затем выливающиеся в тревогу.

При обучении релаксации подчеркивайте ее использование в качестве навыка совладания, а не навыка мастерства. Она не исключает эпизоды нарушенных отрицательных эмоций, но помогает справиться с ними. При проведении инструктажа подчеркивайте ощущение самоэффективности, например: «Обратите внимание на *вызванное вами* ощущение расслабления… Обратите внимание, что именно вы можете *вызвать в себе* самостоятельно».

К ощущениям можно добавить визуализацию. Перед началом расслабления попросите клиентов представить образ или сцену, в которых они чувствуют себя полностью расслабленными и в безопасности. Почти все люди в состоянии нарисовать образ, имеющий для них большое значение. Попросите клиента

использовать при подробном описании сцены все анализаторы: цвета, звуки, запахи и т. д.

Прочие методы, содействующие усилению расслабления:

• Попросите клиента произнести слово «расслабься» от пятидесяти до ста раз подряд (не ведя точный счет) на выдохе, что задаст ритм. Такая стратегия поможет сделать слово «расслабься» сигналом для входа в состояние расслабления.

• Попросите клиента с развитым воображением представить себе слово «расслабься» в виде неоновой ритмично мигающей вывески.

• Напоминайте клиенту о необходимости сосредоточиться на дыхании, следя за тем, чтобы оно было медленным и осознанным.

• Ближе к концу процесса вызывания расслабления скажите: «Скоро я начну считать до десяти. Даже если вы уже расслаблены, когда я дойду до десяти, вы будете полностью расслаблены». Затем медленно сосчитайте до десяти, периодически инструктируя клиента замечать и углублять состояние расслабления.

Экспозиционные интервенции. Независимо от того, насколько настойчиво клиенты отказываются от вызывающих тревогу иррациональных убеждений, они не получат пользу от терапии, пока не столкнутся со своими страхами. Экспозиционные интервенции имеют долгую историю в психотерапии и являются предпочтительным методом лечения тревожных расстройств (Hazlett-Stevens and Craske, 2009). Мы настоятельно рекомендуем поощрять клиентов противостоять своим страхам. Экспозиция вызывающих страх стимулов может быть осуществлена посредством визуализации или непосредственного контакта с этими стимулами. Всем терапевтам нужно ознакомиться с литературой об экспозиции, которая была важнейшим компонентом РЭПТ с самого начала. Столкновение со своими страхами – действие, противоположное чувству тревоги.

Поведенческая активация. Поведенческие теории депрессии утверждают, что она возникает из-за недостатка подкрепляющих факторов в окружении клиента (см. обзор Dimidjian, 2011). Люди перестают делать вещи, доставляющие им удовольствие, дающие ощущение контроля или приносящие удовлетворение. Поведенческая активация побуждает их делать то, что им нравилось до депрессии, или пробовать новые вещи, которые могли бы понравиться. Поведенческая активация при депрессии считается первоочередным вмешательством, мы рекомендуем использовать ее параллельно с основной терапией во всех случаях депрессии. Делать приятные вещи – действие, противоположное депрессии.

Прояснение ценностей и ориентированные на результат действия. Одним из главных компонентов терапии принятия и ответственности (ТПО) является помощь клиентам в осознании своих ценностей и открытии для себя того, что для них наиболее важно истинное «я» (Hayes, Villatte, Levin, and Hildebrandt, 2011). Стоит клиентам это осознать, как они начинают действовать, исходя из своих ценностей, и совершают обеспечивающие им наполненную смыслом жизнь поступки. Ориентированное на результат действие включает постановку целей в соответствии с ценностями и их ответственное достижение. Попадая на терапию, клиенты вместо ориентированных на результат действий, вероятнее всего, «варятся» в отрицательных мыслях и эмоциях, ведут себя таким образом, который не обеспечит наполненную смыслом, приятную жизнь. Поскольку Эллис находился под сильным

влиянием экзистенциальных философов, например Сартра[51] (1948), и экзистенциальных психотерапевтов (Франкл,[52] Ялом[53]), РЭПТ всегда поощряла клиентов искать счастье посредством выходящего за рамки их личности позитивного поведения. РЭПТ рассматривает стремление к счастью в качестве задачи завершающей части терапии или занятия для тех, кто не находится на терапии (Bernard, Froh, DiGiuseppe, Joyce, and Dryden, 2010). ТПО сделала это стремление к позитивному поведению основной частью терапии. Оно может быть самым важным дополнением к классической РЭПТ.

Разработка новой когнитивной реакции на А

Обучение самоинструктажу, или стресс-прививочная терапия (СПТ)

Мейхенбаум (Meichenbaum, 1977) разработал метод использования внутренней речи клиентов для управления своим адаптивным поведением, назвав его самоинструктажем или стресс-прививочной терапией (СПТ). Он основывал лечение на работах советского психолога Выготского, который исследовал связь мысли и речи и обнаружил, что кора головного мозга влияет на речь и последовательную обработку речевых сигналов. Поскольку большая часть сложного адаптивного поведения требует выполнения серии действий в правильном порядке, Выготский полагал, что адаптивное поведение требует речевого кодирования последовательности действий, отработки данной последовательности и декодирования инструкций для руководства поведением при появлении соответствующих сигналов. Эти управляющие поведением подпрограммы становятся выученными привычками, происходят быстро и не достигают осознания, когда хорошо натренированы.

Мейхенбаум обнаружил, что некоторым людям не удавалось следовать этому процессу, а другие кодировали паттерны поведения лишь в некоторых ситуациях (Meichenbaum, 1977, 1993, 2009; Meichenbaum and Cameron, 1973, 1974). Обучаясь данному навыку, люди учатся разговаривать сами с собой и руководить своим более адаптивным поведением. СПТ использовалась для всех возрастов и применялась для решения разнообразных проблем, от импульсивного поведения в классе, агрессии, тревоги и депрессии до купирования болевого синдрома (см. Meichenbaum, 2009).

СПТ может быть предпочтительна для детей младше восьми лет (DiGiuseppe, 2006) и для интеллектуально ограниченных, сверхтревожных и, следовательно, не способных ясно мыслить клиентов, а также для людей с расстройствами мышления или травмами головного мозга, препятствующими интеллектуальной деятельности. Иногда диспутирование ИУ неудачно в ситуации клиентов с импульсивным поведением, например при реактивной агрессии, разных зависимостях или избегании при панике. В этих случаях клиентам необходимо прекратить импульсивные действия до начала диспутирования. СПТ помогает непосредственно отрабатывать адаптивное поведение или рациональные инструкции, противостоящие нарушенным нездоровым эмоциям и поведению. Она может использоваться в следующих ситуациях:

- *противостояние и взаимодействие со стресс-фактором*. Самоинструкции сосредотачивают клиента на задаче, а не на эмоциях. Принцип в том, что связанные с заданием когниции несовместимы с теми, которые вызывают тревогу;
- *совладание с захлестыванием эмоций*. Такие самоинструкции сосредотачивают клиента на понимании тревоги и ее переосмыслении. Послание себе состоит в том, что сама по себе тревога не ужасна;
- *подкрепление самоинструкций*. Эти самоинструкции являются важным компонентом в случае, если другие люди могут оказаться не в состоянии вознаградить клиента за постепенное увеличение им самоконтроля.

СПТ не дает клиентам философского понимания их проблем, но предоставляет инструкции для адаптивного поведения или рациональных мыслей, не совместимых с нездоровыми отрицательными эмоциями. СПТ – производная поведенческой модели и обрабатывает скрытые раздражители (мысли), реакции и подкрепляющие стимулы тем же образом, что и внешние раздражители, моторные реакции и внешние подкрепляющие стимулы. У Мейхенбаума логическому анализу уделяется меньше внимания, чем в РЭПТ, и в результате изменение можно с меньшей вероятностью распространить на другие проблемы.

Рассмотрим использование СПТ в случае тридцатипятилетней Элен, имевшей избыточный вес и избегавшей любых контактов с мужчинами. Элен получила детскую травму, будучи воспитана отцом-алкоголиком, а в четырнадцать лет ее изнасиловали. Она испытывала чувство вины, депрессию и сильную тревогу. Первые попытки найти философское решение помогли Элен испытать грусть, а не впадать в депрессию, и она отказалась от чувства вины в связи с изнасилованием. Однако страх перед мужчинами не ослабевал. Вместе с терапевтом она создала иерархию страха. Первый уровень включал прогулку в одиночестве по пляжу и мужчину, идущего в паре сотен метров от нее. С каждым уровнем мужчина воображался подходящим все ближе. Самым высоким уровнем был разговор с ним в столовой колледжа. После тренировки на расслабление проводилась визуализация каждого уровня в сочетании с рациональными самоинструкциями: «Мне необязательно позволять этим мыслям контролировать мою жизнь, я принимаю чувство тревоги и мои поступки», «У меня неспокойно на душе, но я могу это вынести», «Я испытывала эти чувства раньше, и мне известно, что они временны», «Что я могу сказать, чтобы познакомиться с мужчиной?» После пяти сессий Элен смогла пообедать в мужском обществе, испытывая минимальный уровень тревоги.

Блок 17.2

Вы можете попытаться использовать три типа самоинструкций Мейхенбаума для клиентов со следующими проблемами:

- Супруг боится перечить своей сварливой «второй половине».
- Ребенок боится спать один в темноте.
- Мужчина боится сексуально не удовлетворить свою партнершу.
- Сотрудница боится возразить начальнику.
- Проблема клиента, которого вы сейчас лечите.

«Рациональные техники колкости» (Kimmel, 1976; Tafrate and Kassinove, 1998) используют СПТ в провоцирующих гнев ситуациях. Терапевт сознательно воссоздает конкретные активирующие события, с которыми сталкиваются многие клиенты: приставания, насмешки, оскорбления или издевательства со стороны других людей. Рассмотрим случай Сэма, расстраивающегося из-за оскорблений и издевательств жены. Терапевт попросил его перечислить слова, которыми она его обзывала. Затем Сэм вместе с ним придумал ряд инструкций, призванных противодействовать его нарушенным эмоциям и руководить адаптивным поведением. Они включали следующее: «Мне необязательно расстраиваться. Сохраняй спокойствие и сделай глубокий вдох. Просто скажи ей, что можно обсудить эту тему позже, когда мы оба

успокоимся». Сэм перечислил оскорбления жены терапевту, который затем смоделировал как борющиеся со стрессом самоинструкции, так и отсутствие эмоционального и поведенческого нарушения. Затем клиент согласился, что терапевт будет использовать эти оскорбления (то есть предъявлять ему «колкости») для закрепления нужной реакции.

Проверка точности А (вывода)

Как упоминалось в предыдущих главах, прямое оспаривание истинности А (вывода) не является типичной стратегией РЭПТ. Однако это вмешательство может быть предпочтительным методом лечения в двух ситуациях. Во-первых, Эллис говорил, что не все клиенты понимают или принимают философское вмешательство классической РЭПТ. После множества неудачных попыток убедить их принять РУ стоит попробовать другое вмешательство и оспорить истинность А (вывода), если по факту он маловероятно правдив. При использовании этого вмешательства можно вернуться к оспариванию ИУ после изменения А (вывода).

Некоторые клиенты понимают и получают пользу от диспутирования своих долженствований, но тем не менее продолжают неточно воспринимать одно или несколько неприятных активирующих событий. В таких случаях терапия может оказаться неоптимальной. Рационально мысля, клиенты могут чувствовать грусть (не депрессию), раздражение (не злость) и обеспокоенность (не тревогу) и испытывать их гораздо дольше, чем необходимо, но придерживаться неточных представлений и выводов о реальности. В таких случаях некоторые аспекты их жизни остаются неприятными, заслуживая вмешательства. Основываясь на таких когнитивных искажениях и ненарушенных отрицательных эмоциях, клиенты могут принимать неправильные жизненные решения. В таких ситуациях терапевт может проверить точность их А (выводов). Неточное восприятие встречается гораздо реже при отказе клиентов от иррациональных требований.

Рассмотрим случай Мориса, пришедшего на терапию с А (восприятием), что его жена проводит с ним все меньше времени, и выведшего ошибочное А (вывод): «Жена меня не любит». У него также было ИУ (императив/требование) «Жена должна меня любить» и ИУ (производная/оценка собственной ценности) «Я никчемен, потому что жена меня не любит». Классическая РЭПТ помогла ему. Морис сменил свое ИУ (императив/требование) и ИУ (производная/оценка собственной ценности) на более адаптивные убеждения. Однако его А (восприятие) «Она проводит со мной все меньше времени» и А (вывод) «Жена меня не любит» остались неизменными. Такое негативное искажение реальности может измениться, как только Морис откажется от своего ИУ (императива/требования). Однако, как показывает понятие *функциональной автономии* Олпорта (Allport. 1937), некоторые психологические конструкты сохраняются, несмотря на исчезновение вызвавших их факторов. Мориса больше не беспокоило его ИУ (императив/требование) об А (восприятии) и А (выводе), но он очень расстраивался по поводу воспринимаемой им потери любви со стороны жены. Морис решил уйти от нее, основываясь на своем А (выводе), что она его не любит. Если бы А (вывод) было неправильным, Морис мог уничтожить свой брак, основываясь на ошибочных выводах. В таких случаях оптимальным вмешательством является проверка точности А (выводов).

Лучшим примером терапии, ставящей под сомнение А (вывод), является когнитивная терапия (КТ) Аарона Бека (Beck, 1976, 2005; Dobson and Hamilton, 2009). КТ отстаивает позицию эмпиризма сотрудничества, помогая клиенту объективно и точно наблюдать и сообщать о своих наблюдениях. Следуя этой модели, мы попросили Мориса предоставить данные, подтверждающие гипотезу о том, что жена

его не любит. Для начала нам пришлось договориться о значении слов и списке данных. Терапевт спросил: «Как вы узнаете, любят ли вас?», «Как ведут себя любящие и не любящие вас люди?» Морис ответил на эти вопросы, назвав список важных поступков жены и частоту их совершения.

КТ постулирует два главных способа искажения данных клиентами – выборочную абстракцию и их увеличение или минимизацию. Выборочная абстракция «состоит из сосредоточения внимания на вырванных из контекста деталях, игнорирования других более существенных признаков ситуации и концептуализации всего опыта на основе данного элемента» (Бек, 1979). Увеличение или минимизация «отражается в ошибках в оценке, которые настолько велики, что представляют собой искажение». В обоих типах когнитивных ошибок клиенты игнорируют особенности окружающего мира и собирают предвзятые данные. При выборочной абстракции они сосредотачиваются на одном виде данных, игнорируя другие; при увеличении или уменьшении данных – игнорируют информацию внутри данного вида.

Морис обращал внимание лишь на некоторые особенности поведения жены, например на ее работу допоздна, игнорируя улыбки по возвращении домой и стремление поделиться с ним событиями дня. Он вполне мог ошибочно посчитать эти данные не относящимися к его гипотезе. И кроме того, свести к минимуму важность ее желания говорить с ним.

Терапевт и клиент договорились о том, какие данные имеют отношение к гипотезе (например, зрительный контакт, приветствие, количество минут разговора, отсутствие напряжения в голосе), избегая выборочной абстракции. Затем Морис подсчитывал частоту в дневнике желаемого поведения жены для точного учета данных и избегания проблемы их увеличения или минимизации.

Затем он вернулся на терапию с уточненными данными и сообщил, что четыре дня подряд жена приходила домой, целовала его, делилась своими делами, приносила ему еду и спрашивала о делах. Обладая конкретными данными, Морис начал отказываться от своей гипотезы о том, что она его не любит. Однако, продолжая верить в нее, мог совершить логические ошибки путем выводов из своих данных.

Бек выделял в индуктивной логике три обычные ошибки при получении вывода, являющиеся примерами неверных индуктивных умозаключений. Индукция сложна, поскольку для точного суждения необходимо изучить каждый случай конкретного феномена, на основании которого делается вывод. Например, выдвигая гипотезу о том, что все рыжие курицы имеют высокий IQ, логически нужно исследовать IQ каждой из них. Поскольку это невозможно, индуктивные выводы обычно основаны на выборке, попадают под действие инференциальной статистики, принимаются в пределах вероятности и потому всегда предварительны. Однако клиенты редко следуют научным канонам.

Некоторыми когнитивными ошибками или ошибочными выводами, согласно Беку, являются:

• *произвольное умозаключение* – вывод при отсутствии подтверждающих доказательств или при наличии противоположных ему доказательств;

• *чрезмерное обобщение* – общий вывод на основе единственного случая;

• *персонализация* – связывание с собой внешних событий в отсутствие оснований для такой связи.

Таким образом, две основные методики должны научить клиента: а) объективно собирать и точно называть данные вне сессии и б) подвергать сомнению свои автоматические выводы из этих данных. Рассмотрим следующие гипотетические примеры.

Вот еще один пример, где мы поставили под сомнение А (вывод) после успешного оспаривания элегантного решения. Джорджия испытывала нарушенное чувство вины за А (вывод) об эгоистичности своего поступка. У нее имелось ИУ (императив/требование) «Я не должна вести себя эгоистично» и ИУ (производная/самоуничижение) «Раз я эгоистка, я ничтожество».

После того как терапия помогла Джорджии изменить свою требовательность и самоуничижение, она больше не испытывала нарушенного чувства вины, но продолжала беспокоиться, думала: «Иногда я могу быть эгоисткой, и я не ничтожество, если так поступаю; однако быть эгоисткой, возможно, не лучший вариант. Эгоизм может помешать моей карьере на работе, дружбе и поискам партнера. Так что я буду стремиться его избегать». Права ли была Джорджия в том, что поступала эгоистично? Сначала она и терапевт выяснили, что такое эгоистичные поступки и как их отличить от личных интересов, затем изучили то, как на самом деле она поступала. Обсуждение привело к выводу, что Джорджия не вела себя эгоистично, зато часто действовала не в своих интересах, считая приоритетными интересы других. Неэлегантное вмешательство привело к обсуждению новой проблемы: почему Джорджия обычно ставит интересы других выше собственных, в ущерб себе? Может ли она поступать в собственных интересах, если это доставляет неудобства другим?

Рассмотрим случай Хаима, часто злившегося из-за оскорблений других людей. Хаим сделал А (вывод): «Люди меня оскорбляют». Он имел ИУ (императив/требование) «Ко мне должны относиться с уважением», а также ИУ (производная/осуждение других) «Оскорбляющие меня ведут себя подло и заслуживают того же». Терапевт выбрал элегантное решение и нацелился на требование Хаимом уважения к себе со стороны других и их осуждение в случае неуважения. Это значительно уменьшило гнев Хаима на работе и привело к большей продуктивности труда. Однако он по-прежнему сторонился коллег и не мог эффективно работать в командных проектах. Это было неудивительно, так как он полагал, что коллеги его не уважают. Хотя реакция выражалась лишь в неудовольствии и раздражении, ему было неприятно чувствовать себя так ежедневно. Возможно, Хаим слишком остро реагировал на комментарии коллег. Изучение А (вывода) привело к обсуждению того, что и как на самом деле ему говорилось. Оказалось, что, когда его критиковали или указывали на недочеты, он думал, что его оскорбляют.

В 1946 году Уэнделл Джонсон в своей работе по семантической терапии выделил два важных для терапевта вопроса: «Что это значит?» и «Откуда вы это знаете?» Рассмотрим стенограмму, в которой обсуждается раздражение Хаима из-за оскорблений коллег.

Т.: Он указал вам на лучший способ выполнения этой задачи. Значит ли это, что он вас оскорбляет?

К.: Ну… нет.

Т.: Возможно ли, что вы знаете все, причем лучшие способы выполнения всех проектов на работе?

К.: Но это не значит, что он должен думать обо мне хуже, потому что у него есть идея получше!

Т.: Верно, но если верить, что люди хуже думают о вас всякий раз, когда их посещает идея лучше вашей, что с вами случится?

К.: Меня это будет часто оскорблять.

Т.: Да, и вы будете постоянно остерегаться их, не так ли?

К.: Думаю, да.

Т.: Но ведь возможно, что у кого-то появится идея получше. Как это вас оскорбит?

К.: Если бы у них периодически не появлялось лучших идей, мне пришлось бы делать всю работу и думать за них.

Т.: Так действительно ли предложение идеи о лучшем выполнении проекта значит, что вас оскорбляют?

К.: Нет. Наверное, это просто значит, что они делают свою работу.

Некоторые, плохо знакомые с РЭПТ терапевты сталкиваются с ситуациями, подобными описанным выше. Мы надеемся, эти примеры позволили им взглянуть на себя со стороны и показали, как эффективнее поставить А (выводы) под сомнение. Хотя РЭПТ иногда рекомендует оспаривать А (вывод), это предпочтительно делать после попытки достичь классического, философского решения. Даже при успешном достижении философского решения терапевт может исследовать неточность А (вывода), если сохранение убеждения способно привести к продолжительным ненужным отрицательным эмоциям или принятию неправильных решений.

Объяснение А (подтверждаемого)

Многие психологи считают, что, стремясь понять окружающий мир, люди ведут себя как ученые (Laird and Metalsky, 2009; Mahoney, 1977; 1991) – они его изучают и классифицируют, пытаются прогнозировать и контролировать. Для достижения этих целей разрабатываются теории или объяснения происходящего. А понимание события увеличивает вероятность его предвидения и контроля. Так поступают все люди, задаваясь вопросами, почему их бросают, почему они не получают повышение по службе, почему их игнорируют друзья или оскорбляют окружающие. Получаемые объяснения называются «личностными конструктами» (Келли[54], Mahoney, 1991), атрибуциями (Seligman, 1975; Weiner, 1989) или схемами (Piaget, 1954; Young, Klosko, and Weishaar, 2003).

Келли отмечал, что для большей предсказуемости мира люди создают систему конструктов, которая влияет на их ожидания и мировосприятие. Некоторые конструкты важнее других, а их система является для человека истиной в той мере, в которой он ее понимает и переживает. И она необязательно внутренне согласованная. Психотерапия часто включает понимание конструктов клиентов и помогает оценить их эффективность для успешного проживания в мире.

Теория Келли привела к разработке вмешательств на основании научного мышления как модели адаптации и коррекции дезадаптации человека (Mahoney, 1979, 1991), а также к конструктивистским методам, рассматривающим терапию как задачу понимания эпистемологии или как философию понимания мира человеком (Mahoney, 1991; Mahoney and Lyddon, 1988; Neimeyer, 1993). Селигман (Seligman, 1975; Alloy, Peterson, Abramson, and Seligman, 1984) предположил, что атрибуции или объяснительный стиль представляют собой ключ к пониманию того, почему люди по-разному реагируют на неблагоприятные события. Хотя люди могут переживать подобные негативные события, интерпретации каждого человека, объясняющие это событие, будут влиять на вероятность приобретения выученной беспомощности и депрессии (Abraham, Seligman, and Teasdale, 1978). От последних чаще страдают люди с пессимистическим объяснительным стилем, воспринимающие негативные события как постоянные («Это никогда не изменится»), личные («Это моя вина») и тотальные («Я ничего не могу сделать правильно»).

Когнитивный психолог Вайнер разработал похожую теорию атрибуции (Weiner, 1979, 1985), основанную на исследовании мотивации детей к успеваемости. Он предположил, что люди связывают причину или объяснение с неприятным событием. Теория атрибуции включает количество глобальности по сравнению со специфичностью, стабильности – по сравнению с нестабильностью и внутреннего – по сравнению с внешним (Weiner, 1985). Глобальность атрибуции заключается в вере человека в то, что причина негативных событий постоянна в разных контекстах. Специфичность атрибуции – это мнение, что причина негативного события уникальна в конкретной ситуации. Стабильность атрибуции имеет место быть, когда человек считает причину постоянной с течением времени. Нестабильность атрибуции предполагает мнение, что причина специфична для данного момента времени. Внешняя атрибуция присваивает причинность

ситуативным или внешним факторам, внутренняя – факторам внутри человека (Abraham, 1978).

Иногда ИУ клиентов психологически выводятся из их конструктов, предназначенных для объяснения важных событий. Изменить ИУ сложно, пока у клиента не появится объяснение жизненного события, которое будет согласовываться с РУ, занимающимся поддержкой здоровой, адаптивной отрицательной эмоции. Рассмотрим пример.

Пол попал на терапию после угроз своей девушке Кате и швыряния в нее телефонов, ключей и всего, что оказывалось под руками. Пара встречалась более пяти лет и собиралась объявить о помолвке, как вдруг Катя заявила, что бросает Пола. Он был в ярости, кричал, угрожал ей, писал смс и письма по электронной почте, постоянно требуя и умоляя вернуться. Истерики перемежались периодами депрессии. У Пола было несколько ИУ: ИУ (императив/требование), что ему нужна Катя, а также два ИУ (производные/глобальные оценки). Она была ужасно плохой, впрочем, как и он. После того как Пол вместе с терапевтом изменил свое требовательное убеждение, он сказал, что ему нужно понять, почему Катя его бросила. У молодого человека было несколько теорий, а его ИУ (производные) – тесно связаны с объяснением разрыва. Вначале он предполагал, что все женщины сумасшедшие, им невозможно угодить. Глобальное осуждение привело к еще большему гневу и словесным нападкам в адрес других женщин, с которыми он никогда не встречался. Затем он подумал, что Катя была неуравновешенной, использовавшей его эгоисткой, что лишь усилило гнев. Иногда Пол считал, что Катя могла уйти из-за его несовершенства: он был недостаточно хорош и не понимал женщин. Глобальное самоосуждение привело к депрессии, Пол попал в ловушку. Все объяснительные конструкты включали осуждение отдельных лиц или групп, приводившее к гневу или депрессии. Желание объяснить себе причины разрыва понятны – чтобы в следующий раз выбрать лучшего партнера и избежать боли неразделенной любви.

После постановки под сомнение теорий глобального очернения терапевт попросил Пола подумать, почему расстались другие известные ему пары. Оказалось, что многие люди не подходили друг другу, другие – переросли отношения. Так, путем сократовского диалога, терапевт подвел Пола к новой версии: люди расстаются из-за несовместимости, это происходит без злого умысла, непреднамеренно, не из-за изъянов или психопатологии. Понимание несовместимости с любимым человеком не означает обязательность самоосуждения. Благодаря такому объяснению Пол смог отказаться от глобального осуждения всех женщин, которые столь же неопытны в выборе партнеров на всю жизнь, как и мужчины. Он отказался и от глобального осуждения Кати, а также от глобального осуждения себя, своей депрессии и гнева. Пол принял РУ, согласно которому люди подвержены ошибкам и совершают неправильный выбор, они – не исчадия ада, а всего лишь люди. Он стал лучше понимать себя и женщин, с которыми встречался, смог сделать лучший выбор, что и было первоочередной целью объяснительного конструкта. Мы считаем, что подобным объяснительным функциям могут служить убеждения глобального осуждения. Разработка

сосуществующей с рациональными убеждениями схемы способна стать важной частью успешной терапии.

Изменение А

Как только мы помогаем клиентам понять, что мир не таков, каким они хотят его видеть, они могут научиться более эффективно совмещать его со своими желаниями. Так, клиент может обнаружить, что, хотя он и нравится некоторым людям на работе, их меньше, чем ему хотелось бы. В таком случае уместно психологическое вмешательство. Помощь клиенту в изменении А, которые можно изменить, является настоящим важным занятием РЭПТ-терапевта. Эта концепция принадлежит Эллису, посвящавшему значительную часть времени в своих терапевтических группах помощи клиентам в развитии навыков социального выживания. Попытки изменения А делятся на две большие категории: 1) попытки изменить среду, в которой существует клиент; 2) попытки изменить свои личностные качества.

Изменение мира

Клиенты часто сталкиваются с реальными неприятностями, которые можно изменить. В главе 1 мы говорили о том, что как только классический подход РЭПТ к изменению ИУ приводит к функциональным, адаптивным, отрицательным эмоциям, клиенты могут работать дальше по изменению А для улучшения своей жизни. Как правило, это серьезные проблемы, связанные с финансами, законом, родственниками, здоровьем, образованием, карьерой, браком и семьей. При их решении терапевт может выполнять две основные роли – предоставлять информацию в случае необходимости и, что важнее, обучать навыкам решения проблем.

Решение социальных проблем. Одна из когнитивно-обучающих терапий включает обучение решению социальных проблем (РСП) (Nezu, Maguth-Nezu, and McMurran, 2009). Спивак и Шуре (Spivack and Shure, 1974) первыми разработали учебную программу для предотвращения проблем с адаптацией детей из бедных городских семей. Они продемонстрировали, что сосредоточение внимания на подготовительных группах детского сада и первоклассниках способно предотвратить развитие проблем в будущем. Успех данной программы привел к использованию этих методов в виде терапии и к их применению для других проблем и групп пациентов. Работая независимо друг от друга, Д'Зурилла и Голдфрид (D'Zurilla and Goldfried, 1971) предложили похожий подход в поведенческой терапии. РСП включает процесс, определяющий и формулирующий проблему, вырабатывающий альтернативные варианты решения проблем, рассматривающий их возможные последствия и выбирающий наиболее успешный план действий. Обучение решению проблем можно считать навыком самоконтроля, который позволяет человеку научиться решать проблемы и находить эффективные способы реагирования на них.

Методы РСП – одна из самых изученных областей в КПТ, успешное первоочередное вмешательство для большинства проблем. Обширная исследовательская литература подтверждает эффективность и действенность РСП в возрастных группах с множеством разных проблем и расстройств (Nezu, Nezu, and

D'Zurilla, 2006; Nezu, Maguth-Nezu, and McMurran, 2009). Учебные материалы есть для клиентов разных возрастов и с различными проблемами.

Многие теории психотерапии сосредотачиваются только на факторах, влияющих на нарушенные эмоции, препятствующие или создающие помехи нормальной жизни, и предполагают, что после их устранения клиенты знают или могут выработать более подходящие, адаптивные реакции. Однако исследования по РСП говорят, что научение навыкам решения проблем может оказаться необходимым для добавления соответствующего адаптивного поведения в жизнь клиента. Эта модель предполагает, что дисфункциональное поведение бывает вызвано нарушениями в определении функциональной реакции. Объединяющая оба подхода терапия способна привести к оптимальному результату для клиента.

Эллис часто сочетал классическую РЭПТ и РСП, регулярно проводил семинар под названием «Креативные знакомства для одиноких людей» – один из самых популярных в Институте Альберта Эллиса. На этом семинаре он сначала помогал людям определить и поставить под сомнение ИУ, приводящие к комплексам, а затем учил их практиковаться в социальных навыках, необходимых для установления контакта с потенциальными партнерами. Однако, обучая навыкам решения проблем, РЭПТ рекомендует пойти дальше и научить клиента справляться с неудачами. Во многих случаях клиенты обнаружат наличие выбора из весьма несовершенных альтернатив и то, что каждое решение может привести к нежелательным последствиям или что проблема неразрешима. Жестокая реальность иногда препятствует лучшим решениям. В этом случае нахождение элегантного решения (например, антикатастрофизация) – незаменимый инструмент.

Тренировка ассертивности и социальных навыков. Цель использования обучения ассертивности и социальным навыкам с помощью РЭПТ та же, что и у вышеупомянутой в случае РСП. Клиенты могут заменить ИУ на РУ, но, несмотря на адаптивные, здоровые отрицательные эмоции, они не знают, как реализовать адаптивное поведение на практике для улучшения качества жизни. Как при тренировке социальных навыков (Segrin, 2009), так и при тренировке ассертивности (Duckworth, 2009) используется комбинация моделирования, отработки и обратной связи для обучения нужному поведению. Недостатки здесь могут быть вызваны узким вербальным и невербальным репертуаром или когнитивными факторами, которые препятствуют выражению этих форм поведения, или тем и другим. Кроме того, нехватка ассертивности и социальных навыков порой зависит от конкретной ситуации. Таким образом, клиент может быть довольно ассертивным или социально компетентным на работе, но робким с членами семьи дома. Достаточно искусен в выражении отрицательных эмоций, но косноязычен, когда речь идет о выражении нежности, бережного отношения или любви. Изменение данных аспектов поведения клиента способно помочь изменить его А при учете двух антиабсолютистских понятий. Ассертивное поведение или развитые социальные навыки не дают гарантии в получении клиентами желаемого, хотя могут увеличить вероятность этого. Даже если клиентам известно, как вести себя настойчиво, это не значит, что они должны вести себя так все время. В некоторых случаях благоразумие

оказывается лучшей частью уверенности – иными словами, необходимо уметь мыслить адекватно.

Первый шаг в обучении клиента таким навыкам изложен ниже, на примере ассертивности. Во-первых, мы учим разнице между ассертивным, неуверенным и агрессивным поведением. Ассертивное поведение характеризуется заявлением клиента о предпочтительности чего-то или запросом на изменение другого человека, сообщаемым напрямую, но без враждебного или защитного поведения. Человек открыт (восприимчив) к отклонению его запроса. Неуверенное поведение отражается в непрямой коммуникации, подавлении чувств, тревоге и, вероятно, в отсутствии попыток получить желаемое. Человек избегает отклонения своего запроса. Агрессивное поведение обычно выражает требование, а не предпочтительность, является праведным (оправданным как справедливый) или враждебным и предусматривает наказание другого. Человек пытается агрессивно добиться выполнения своего запроса. Как в агрессивном, так и в неуверенном поведении он закрыт (не восприимчив) к его отклонению.

Вторая задача при обучении ассертивности – исправление иррациональных самоинструкций клиента, приводящих к неуверенным, враждебным или агрессивным реакциям, представлений или идей, которыми клиент наказывает себя за неумелые ассертивные реакции, не оказывающуюся тут же успешной твердость или за неспособность ко всякой реакции.

Повергающим в шок шагом для клиентов является осознание права вести себя уверенно. Каковы мои права как человека? Каковы мои права в конкретных социальных ролях – супруга или родителя? Такие вопросы часто подготавливают провокационное домашнее задание. Следующие рекомендации помогают клиентам его начать: «У меня есть право иметь чувства и выражать их, включая жалобы и критику. Я имею право устанавливать собственные приоритеты. Я имею право сказать нет, не чувствуя себя виноватым».

Обучение ассертивности также включает оценку сильных и слабых сторон клиентов при ассертивной коммуникации и разработку методов обучения для устранения пробелов в их навыках. Приведенный ниже список составлен на основе «Руководства по ассертивному поведению» Джанет Вулф:

- отказывая, решительно говорите нет. Объясните причину отказа, но без лишних извинений. По возможности предложите собеседнику альтернативный вариант;
- давайте максимально быстрый и краткий ответ, не позволяя себя перебить;
- просите объяснений, если вас просят что-то сделать без достаточных на то оснований;
- смотрите в глаза собеседнику;
- обращайте внимание на язык тела, особенно на позы, которые могут отражать уклончивость или отсутствие уверенности в себе (например, закрывающая рот рука или переминание с ноги на ногу);
- следите за интонациями речи; убедитесь, что вы разговариваете не слишком громко и не очень тихо;
- выражая раздражение или критикуя, не забывайте комментировать только поведение, избегая перехода на личности;

• комментируя поведение другого, старайтесь говорить от своего лица. Например, вместо того чтобы сказать: «Паразит, ты меня так разозлил!», – попробуйте фразу: «Меня раздражает, когда ты в последний момент отменяешь нашу договоренность, это доставляет мне неудобства». По возможности предлагайте альтернативное поведение: «Я думаю, что нам лучше сесть и попытаться выяснить, как выстроить совместные планы и минимизировать неудобства такого рода»;

• ведите дневник своих ассертивных реакций. Периодически просматривайте его и обсуждайте с лучшим другом. Обратите внимание на ролевые модели. Помните: вы не избавитесь от вредных привычек и не овладеете новыми навыками в одночасье;

• вознаграждайте себя каким-то образом всякий раз за попытку ассертивной реакции независимо от того, получили вы желаемый результат или нет;

• не ругайте себя за неуверенное или агрессивное поведение, вместо этого попытайтесь выяснить, где сбились с пути и как действовать эффективнее в данной ситуации в следующий раз.

Полезной моделью для построения ассертивного общения, которую можно найти в литературе по самопомощи, является DESC[55] – коммуникативная методика, состоящая из четырех шагов:

D (*описание*) – обучение клиента краткому и объективному описанию проблемного А, без интерпретации, персонализации или детализации;

E (*эмоция*) – просто констатация, с изложением от первого лица (я-высказывания);

S (*конкретизация*) – четкий, конкретный, определенный запрос (не требование);

C (*следствие*) – говорящий разъясняет собеседнику возможные позитивные последствия выполнения его запроса.

Вероятно, на примере эта модель будет более понятной. Вспомним Мориса, расстроенного тем, что жена не проводила с ним столько времени, сколько ему хотелось. После классической РЭПТ и проверки его А (выводов) он научился ассертивности, чтобы просить жену планировать дела вместе.

D – Ты планируешь работать в выходные и на праздники, не обсудив это со мной…

E – Я разочарован. Я скучаю по тебе, когда ты работаешь по выходным и в праздники и мы не видимся.

S – Я готов изменить свое расписание, если ты скажешь, когда тебе нужно работать, чтобы мы могли провести немного времени вместе в другой день.

C – Так мы могли бы проводить больше времени вдвоем.

Блок 17.3

В качестве тренировки попробуйте составить две модели общения DESC – одну для положительной эмоции или запроса, другую для отрицательной эмоции или запроса. Положительная модель DESC может, например, включать запрос на изменение сексуального поведения партнера или увеличение социальной активности.

Приведенный выше список и модель представляют собой лишь краткий обзор, их недостаточно, если обучение ассертивности – новое для вас занятие. Помните:

обучение ассертивности – лишь одна из техник, которую можно использовать для помощи клиентам в изменении их А.

Та же модель может быть предоставлена для обучения социальным навыкам, но диапазон поведения и реакций здесь будет шире, предусматривая такие ситуации, как переговоры.

Практические советы клиентам по изменению А

Предположим, вы как терапевт считаете, что клиент мог бы внести некоторые изменения в свою внешность для повышения шансов на достижение определенных целей. Чувствовали бы вы себя комфортно, честно сообщив ему об этом или начав такой разговор?

Предположим, ваш клиент – пожилая женщина, которая ищет спутника жизни, но перестала следить за собой и неряшливо одевается. Разве не безответственно отказаться дать ей относящийся к ее проблеме практический совет? Как тактично предложить внести изменения, способные повысить ее шансы на достижение цели? Вы могли бы сказать что-то вроде: «Знаете, Мэри, мой опыт показывает, что у женщины больше шансов создать отношения, если она похудеет, сделает новую прическу и научится производить лучшее впечатление. Есть ли в моих словах что-нибудь, что вам интересно?» или «Вас это интересует?» Иначе говоря, вы можете, не критикуя, предлагать от третьего лица, не говоря конкретно о клиентке. Ваше предложение подразумевает: «Вы вправе делать все, что хотите, но это может оказаться полезно», – и дает клиентке шанс принять решение об изменении.

Если она принимает предложение, обязательно закрепляйте положительные изменения, наблюдаемые еженедельно. Например: «Мэри, какое у вас красивое платье!» или «Мне нравится ваша прическа, она вам очень к лицу». Внесенные клиенткой изменения могут начать радовать и ее.

Блок 17.4

Как бы вы отнеслись к наличию любой из следующих тем и ее открытому обсуждению с клиентом:

- ожирение;
- неприятный запах тела;
- нарушения этикета;
- психотическая речь?

Свободно ли вы сообщаете своим клиентам о том, что какой-то аспект их поведения или внешнего вида является социально неприемлемым или несоответствующим заявленной цели? Подумайте, не избегаете ли вы таких тем, потому что говорить о них вам неудобно. Вы боитесь реакции клиента? Если да, основана ли ваша нерешительность на рациональных причинах, или на иррациональной потребности в одобрении со стороны клиента, или на убеждении, что ему будет нанесен вред таким отзывом?

В других случаях отзыв может быть более конкретным. Еще серьезнее то, что клиенты с нарушениями порой не догадываются о влиянии их внешнего вида или

поведения на других, поэтому ваша конфронтация должна быть более решительной и настойчивой. Помните: очень немногие люди в жизни клиента, если вообще кто-то, осмеливались на такие слова. Ваша робость под видом «безусловного принятия» контрпродуктивна.

В одном из недавних случаев истощенный внешний вид молодой женщины с анорексией поразил терапевта до глубины души. Настоящей проблемой было отсутствие друзей, что удивляло ее и погружало в депрессию. Одним из симптомов анорексии является искаженное восприятие своего тела; чем худее становятся такие клиенты, тем более привлекательными они себе кажутся, даже если их физическое состояние настолько ухудшается, что требуется госпитализация. В данном случае терапевт поделился с клиенткой своей реакцией на ее внешность: он пережил тот же дискомфорт, который мог бы испытать при виде человека с неизлечимой болезнью, – вряд ли молодая женщина, ищущая друзей, желала такой реакции. Сначала она категорически отрицала, что внешность сыграла какую-то роль в ее социальных трудностях, но после повторных энергичных вызовов терапевта вспомнила недавний разговор с коллегой: сотрудница робко поинтересовалась, не болеет ли клиентка лейкемией. В течение следующих недель, сопровождавшихся постоянными конфронтациями со стороны терапевта, клиентка начала осознавать влияние своей внешности на других и, хотя предпочитала состояние истощенности, решила внести коррективы в свой рацион и выбор одежды.

Принятие мыслей об A (выводе), иррациональные убеждения и нездоровое C

Интервенции терапии принятия и осознанности (Hayes, Villatte, Levin, and Hildebrandt, 2011) в последние годы стали популярными в качестве дополнения или альтернативы когнитивным вмешательствам. В ходе этих вмешательств клиент учится осознавать мысли и эмоции, мешающие его нормальной жизни, относиться к переживаниям и поведению без осуждения и продолжать жить, несмотря на присутствие этих отвлекающих мыслей и эмоций. Методики принятия и диффузии не затрагивают испытываемые клиентом мысли или эмоции, но пытаются разорвать связь между внутренними раздражителями и обычно вызываемым ими нарушенным поведением. Человека учат более гибко реагировать на присутствие отвлекающих, дискомфортных мыслей и эмоций. Это близко понятию РЭПТ о вторичном уровне или мета-эмоциях и когнициях.

Вернемся к нашему клиенту Морису, о котором говорили выше. Он смог использовать вмешательство принятия несколькими способами. Имея A (вывод) «Жена меня не любит» и ИУ (императивное требование) «Она должна меня любить», он вместо попытки оспорить истинность этих идей начал заниматься когнитивной диффузией (Hayes, Villatte, Levin, and Hildebrandt, 2011), предполагающей отсутствие оценки истинности этой мысли. Похожим образом, испытывая C (нездоровую, нарушенную эмоцию), он заметил, что чувствует страх, не пытаясь его изменить, а продолжая действовать в соответствии со своим планом.

Подводя итог вышесказанному, в дополнение к используемым РЭПТ классическому оспариванию и философской реструктуризации для помощи клиентам в терапию могут включаться другие навыки и техники. Лишь упомянув об этих разнообразных техниках, взятых из широкого спектра существующих когнитивно-обучающих терапий, мы не могли отдать им должное, но хотим, чтобы читатель понял, как РЭПТ их включает. Мы попытались обсудить те из них, которые, по нашему мнению, сложнее осмыслить как сочетающиеся с РЭПТ, и рекомендуем читателям познакомиться с ними ближе.

Глава 18

Курс терапии и жизнь после него

Повторим изученное. Терапевт определяет проблемную ситуацию (А), нездоровую нарушенную эмоцию и (или) дезадаптивное поведение (С) и иррациональное убеждение (ИУ) клиента, пытается оспорить эти иррациональные представления. Естественно, у клиентов, как правило, имеется больше одного А и С. Если вы видели видеозаписи или посещали демонстрации РЭПТ, у вас может создаться упрощенное представление о процессе терапии, поскольку демонстрации намеренно сосредотачиваются на одной-двух проблемах в течение сессии. Во время самой терапии целесообразно сконцентрировать внимание на одной проблеме за раз, хотя проблемы клиентов обычно многочисленны. Часто совершаемая начинающими терапевтами ошибка заключается в попытке объединить все проблемы клиента в одну. Вместо этого мы рекомендуем работать над каждой проблемой в отдельности и создать план лечения – для гарантии того, что вы не пренебрегаете какими-то проблемами и не увязли в жалобах клиента.

Планы лечения часто используются в психиатрических клиниках и больницах; их могут запрашивать страховые организации, они – неизбежное следствие профессиональных систем экспертной оценки. Их лучше разрабатывать на основе проблемно-ориентированной системы записей, наподобие приведенной ниже. Помните: не каждый терапевт составляет планы лечения, и нет необходимости делать их для каждого клиента. Мы предлагаем эту модель для понимания текущего процесса терапии и в качестве ориентира для соответствия формальным требованиям к документированию лечения.

При составлении плана лечения перечислите все дисфункциональные, нездоровые эмоции или дисфункциональное поведение клиента – это эмоциональные и поведенческие аспекты С. Ищите связи между данными компонентами и сопровождающими их когнициями.

Пример плана лечения

Таблица 18.1. Пример списка проблем

ПРОБЛЕМЫ	КОГНИЦИИ	ЭМОЦИИ	ПОВЕДЕНИЕ
1. Отношения с начальником	Он не должен меня критиковать. Ужасно, если я не нравлюсь начальнику	Гнев, тревога	Разговор с начальником на повышенных тонах. Неэффективная работа из-за постоянной катастрофизации. Отсутствие ассертивности
2. Проблемы в личной жизни	У меня должна быть любовница. Ужасно быть отвергнутым	Тревога	Избегание социальных контактов. Отсутствие социальных навыков
3. Отношения с матерью	Я должен навещать мать гораздо чаще. Раз я плохой сын, я ничтожество	Чувство вины	Нежеланные ежедневные телефонные звонки матери. Нежеланные ужины в субботу вечером в ее доме
4. Ожирение	Я должен иметь то, что хочу (НФ). Это безнадежно. Я никогда не смогу контролировать свою еду, и это делает меня ничтожеством	Ажитация при воздержании от еды, депрессия после еды	Переедание

В табл. 18.1 приведен список проблем клиента, составленный в течение первых нескольких сессий. Следующим шагом будет расстановка проблем по степени приоритетности. Это делается вместе с клиентом. Для каждой выявленной проблемы планируются поведенческие и когнитивные стратегии для ее исправления. Кроме того, мы рекомендуем заранее спланировать три ближайшие сессии, распределив время между ними. При составлении плана сохраняйте гибкость, следя за насущными проблемами клиента, но оставайтесь бдительны и избегайте ненужных отвлечений. Если клиент каждую неделю приходит с новой проблемой, легко упустить из виду первоначальные цели. Поэтому еще одна цель плана лечения – помочь терапевту и клиенту не сбиться с правильного пути.

Следующий план лечения был составлен после четырех сессий с клиентом, чей список проблем приведен в табл. 18.1. Он может оказаться полезен в качестве общей модели.

Сессия 5

Проблема 1

- Проверить домашнее задание(я), заданное на прошлой неделе.

• В случае успешного выполнения закрепить успех, в случае неудачи – устранить недочеты.

• Какие мысли и эмоции мешали его выполнению?

• Продолжить оспаривание иррациональных требований, вызывающих гнев начальника клиента.

• Оспаривание ИУ (императив/требование) в отношении начальника.

• Обучение ассертивным реакциям, которые клиент может использовать на работе, и проведение ролевой игры.

• Домашнее задание: а) прочитать книгу «Твое абсолютное право»[56] Альберти и Эммонса; б) реализовать на практике отработанное во время сессии поведение с начальником; в) контролировать эффективность своей работы, а в свободное время – использовать в качестве подсказки для выполнения домашнего задания бланк анализа ABCD на катастрофизацию.

Проблема 2

• При наличии времени начать исследование тревоги клиента в социальных ситуациях.

Сессия 6

Проблема 1

• Проверить домашние задания, данные на прошлой неделе; закрепить успех, в случае неудачи – устранить недочеты.

• Рассмотреть диспутирование ИУ, приводящих к гневу или тревоге клиента в рабочих ситуациях.

• Ролевые игры с ассертивными реакциями в разных гипотетических рабочих ситуациях для большего обобщения.

• Домашнее задание: а) продолжить чтение книги «Твое абсолютное право» и начать чтение книги «Преодоление фрустрации и гнева» П. Хока (Hauck, 1974); б) заполнять бланки анализа гнева и тревоги при снижении работоспособности.

Проблема 2

• Оспаривание катастрофизации по поводу отвержения.

• Домашнее задание: бланк ABCD с оспариванием страха отвержения.

• Подведение итогов основных моментов сессии и обзор домашних заданий на следующую неделю.

Сессия 7

Проблема 1

• Проверить домашние задания, закрепить успех или устранить недочеты.

• Провести обзорное оспаривание порождающих гнев убеждений.

• Домашние задания: а) продолжить мониторинг работоспособности и заполнение бланков анализа по мере необходимости; б) продолжить закрепление новых ассертивных реакций по мере необходимости.

Проблема 2

• Проверить домашнее задание по оспариванию страха отвержения; закрепить успех или устранить недочеты.

• Провести рационально-эмотивную визуализацию в ситуациях свиданий с женщиной для выявления чувства тревоги и провести оспаривание во время сессии.

• Начать обучение социальным навыкам: ролевая игра «Приглашение женщины на свидание».

• Домашнее задание на принятие рисков: попытаться получить три отказа женщин на этой неделе, в случае расстройства по данному поводу – заполнение бланков с домашним заданием.

Сессия 8

Проблемы 1 и 2

• Анализ и проверка успешности выполнения. Включение проблем 1 и 2 в повестку дня сессии при необходимости.

• Придумать соответствующее домашнее задание.

Проблема 3

• Оспаривание убеждений по оценке собственной ценности, вызывающих чувство вины.

• В случае понимания клиентом оспаривания проверить истинность восприятия А.

• Подведение итогов основных моментов сессии и обзор домашних заданий на следующую неделю.

После прочтения этого плана лечения вы можете найти его впечатляющим. Неужели терапия так плотно организована? Неужели терапевты столько успевают за одну сессию? И клиенты действительно так быстро двигаются вперед? Образец был разработан, чтобы подчеркнуть три главных пункта:

1. Важно *последовательно* работать над каждой из обозначенных клиентом проблем. Обратите внимание: терапевт работает над первой проблемой в течение нескольких сессий. Хотя процент затрачиваемого на решение данной проблемы времени может снижаться от сессии к сессии, контроль включен в план. Внимание терапевта к этой проблеме постепенно ослабевает, главным образом благодаря назначению и анализу домашних заданий по мере прогресса клиента.

2. В терапии систематически всплывают новые проблемы, поскольку более значимые проблемы исправляются. Обратите внимание также на многочисленность примененных стратегий лечения (некоторые из них будут обсуждаться ниже).

3. Несмотря на то что в терапии могут быть сделаны все эти шаги, количество шагов на проблему, количество проблем на сессию и количество сессий, необходимых для достижения каждой цели, сильно различается от клиента к клиенту и для одного и того же клиента на разных этапах терапии.

Обратите внимание: каждая сессия начинается с анализа домашней работы (в данном случае с письменного диспутирования клиента) и обзора предыдущего

диспутирования на сессии. В обоих случаях терапевт проверяет, понял ли клиент Д и ЭУ. Если он не понимает Д или ЭУ либо не может заполнить бланк домашнего задания, требуется устранить недочеты.

Начинающие терапевты часто нетерпеливы и даже злятся на совершающих ошибки клиентов. Следите за своими реакциями! Если вы нетерпеливы, ищите собственные иррациональные убеждения, в частности, что клиенту *следовало* бы чувствовать себя лучше или по крайней мере лучше работать. Избегайте самооценок в зависимости от его поведения. Оспаривание включает тонкие, сложные, философские моменты и обычно не используемые клиентами умения и навыки. Позвольте себе и клиенту быть новичками.

Если ваш клиент успешно заполнил бланк домашнего задания и снизил уровень эмоционального стресса во время диспутирования на сессии, на данном этапе вы можете заметить один из двух результатов – клиент может продолжать регулярно переживать одно и то же нездоровое, нарушенное С и использовать его как подсказку для применения смоделированных на терапии навыков РЭПТ. Таким образом, диспутирование является техникой совладания.

Может появиться и новое С. Если клиент в состоянии заменить старые ИУ более рациональной философией жизни, за исходными А автоматически последуют более адекватные эмоциональные реакции. При достаточной практике новые РУ становятся для него такими же автоматическими, как исходные ИУ.

Расширение фокуса терапии

Когда человек начинает меняться, важно сознавать, что такое изменение может иметь последствия, обеспечивая активирующие события для других членов семьи. Они могут быть счастливы видеть изменения или расстраиваться из-за них. Изменения способны угрожать семье, и она может даже попытаться их саботировать. Терапевтам нужно оценивать последствия воздействия психотерапии на семью.

До сих пор мы говорили о РЭПТ только в контексте индивидуальной терапии. На данном этапе хотим указать на то, что РЭПТ и все виды терапий могут использоваться для пар, семей или групп. По мере роста ваших умений управления моделью РЭПТ рекомендуем приглашать на сессии членов семьи. Так вы можете независимо оценить изменения в клиенте и их влияние на других, вероятно предупреждая негативные реакции со стороны семьи. Вы можете рассказать ее членам о вашей совместной работе; с согласия клиента полезно провести часть терапии в присутствии членов семьи или супруга, если другие смогут оставаться молчаливыми наблюдателями и поддерживать изменение клиента.

Блок 18.1

Способны ли вы представить себе, как терапия поможет жене мужчины, имеющего проблемы с эрекцией, после посещения нескольких сессий и участия в процессе в качестве наблюдателя? Какая польза от наблюдения за тем, как терапевт работает с ее мужем? Напишите три причины.

Изменится ли ситуация, если муж будет наблюдать за тем, как психотерапевт работает с его женой над ее эмоциями относительно него?

Можно проводить индивидуальную РЭПТ в семейном контексте, тогда члены семьи присутствуют на сессии в качестве наблюдателей, а терапевт активно обучает полезным реакциям и моделирует терапевтические взаимодействия. Как только терапевту становится известна точка зрения членов семьи, он может проводить индивидуальные сессии и думать о проблемах клиента с их точки зрения. Часто на встрече с семьей возникают и другие вопросы, расширяющие работу терапевта с клиентом. Комплексная семейная терапия в контексте РЭПТ выходит за рамки этой книги, но другие работы предоставляют такой материал (Ellis, 1986, 1993; Huber, 1997; Huber and Baruth, 1989).

Блок 18.2

Если члены семьи недоступны для сессий, некоторые терапевты используют стратегию «пустого стула». Обсуждая какой-то вопрос, терапевт может спросить: «Как вы думаете, что сказал бы на это ваш муж, если бы сидел здесь?»

Продолжение терапии

После решения имеющихся проблем клиенты могут захотеть продолжения встреч с терапевтом или терапии. Часто внесенные во время терапии поведенческие изменения предоставляют им новые социальные возможности, на реализацию которых может не хватать навыков. Например, в прошлом страдавший ожирением человек может столкнуться с новыми проблемами при знакомстве с противоположным полом или обнаружит, что коллеги ждут от него большего. В прошлом неуверенная в себе, ведущая затворнический образ жизни домохозяйка может столкнуться с новыми проблемами, устраиваясь на работу и приспосабливаясь к новому, рабочему миру. Говоря другими словами, даже при отсутствии психопатологии, приведшей клиента на терапию, он может извлечь пользу из продолжения терапевтической работы.

В других случаях клиенты могут ходить на терапию с новыми проблемами, слегка передохнув от старых. Этот паттерн можно рассматривать как эффект *фигуры и фона*: после разрешения основной проблемы (фигуры) она отступает и на передний план выходят второстепенные проблемы (фон). Такие случаи необязательно предусматривают замещение симптомов, подразумевающее, что излечение одной проблемы приводит к увеличению или развитию других. Скорее теперь у клиента появляется время и силы сосредоточиться на менее насущных вещах. У клиентов с низким социальным статусом, которые кажутся живущими «от кризиса к кризису», новая «фигура» может преподноситься терапевту каждую неделю.

Принося новые проблемы, клиенты иногда приходят в уныние от предчувствия беспросветного будущего, полного проблем, из-за которых им надо продолжать получать профессиональную помощь. В такие моменты полезно напомнить о прежних проблемах, отошедших на задний план, и подкрепить достигнутый прогресс. Может оказаться полезна аналогия, подобная следующей: «Если вы придете к врачу с четырнадцатью занозами в руке, даже после вытаскивания пяти из них рука продолжит болеть, потому что в ней осталось еще девять. Надо просто потерпеть до конца операции». Помните, что уверенность клиента в вашей способности продолжать вытаскивать «психологические занозы» может поколебаться, если не указать ему на то, что пяти из них уже нет. Приведенная выше аналогия с фигурой и фоном тоже бывает полезна. Если у вас был небольшой порез на пальце, стертые ноги и сильная головная боль, а затем вас ударили в нос, вероятно, вы забудете про первые три неприятности, пока не пройдет боль от последней.

Блок 18.3

Является ли РЭПТ краткосрочной терапией? Этот вопрос задают клиенты (например, «Сколько времени мне придется лечиться?») и страховые компании.

Когнитивно-поведенческие терапии в целом и РЭПТ в частности провозглашают быстродействие, и мы наблюдали случаи позитивных изменений в настроении и

поведении клиентов всего за несколько сессий. Однако было бы опрометчиво думать, что такая реакция возможна у всех.

В каких случаях клиенты остаются на терапии на более длительный период? Следующий список, пусть и не полный, дает ответ на этот вопрос:

- затянувшиеся А, например трудный развод;
- хронические, пусть и периодически наступающие, состояния, например физическая недееспособность или некоторые аффективные расстройства;
- нарушения оси I, осложненные нарушениями оси II;
- не поддающиеся четкому определению с поведенческой точки зрения цели, например экзистенциальные дилеммы или проблемы самореализации;
- нарциссическое развлечение клиентов, заключающееся в выслушивании самих себя и наслаждении часом терапии только по этой причине;
- нерегулярность выполнения клиентом домашних заданий.

Периодические обзоры прогресса клиента рекомендуются в качестве обычной части терапии. Клиенты приходят к терапевту, потому что чувствуют боль, и, как только она уходит, они перестают думать о ней или о том, как достигнуто облегчение. Все мы забываем про камень в ботинке, мешавший ходить вчера. Если клиенты сознают, каким образом они достигли снижения боли, то могут с большей вероятностью использовать те же техники в будущем. Если вы считаете, что они достигли успехов, оставшихся незамеченными, укажите на них и обсудите, как именно они были достигнуты.

Попросите клиентов периодически отзываться о терапии. Обычно они вспоминают, что предшествовало реакции «Точно!», и отзыв может стать для вас богатым источником информации. Кроме того, их комментарии способны подкрепить терапевтические вмешательства. Задавайте им следующие вопросы: «Каким образом я вам помог?» или «Как я мог помочь вам еще больше?», «Не сделал ли я чего-то, мешавшего моей помощи вам?» Некоторые терапевты задают эти вопросы в конце каждой сессии не столько для получения отзыва, сколько для выявления давних иррациональных убеждений или исправления ошибочных представлений.

Блок 18.4

Начинающим терапевтам часто дают клиентов с хроническими эмоциональными нарушениями, характерологическими расстройствами и минимальной мотивацией, то есть тех, кто менее всего склонен принимать активное участие в терапии и получать от нее большую пользу. Новоиспеченный терапевт может ошибочно заключить, что «РЭПТ не работает» или «Я плохой терапевт». По мере приобретения опыта он учится ставить для таких клиентов реалистичные, но ограниченные цели и довольствоваться небольшими изменениями.

Периодический обзор также помогает подготовиться к завершению работы с клиентом. Завершение терапии часто причиняет дискомфорт; например, клиент может чувствовать необходимость предлога для ее прекращения или опасение, что он не сможет функционировать самостоятельно после завершения терапии. Поэтому при наступлении времени подводить итоги можно спросить: «Насколько мы

приблизились к достижению ваших целей? Как долго вы еще хотите работать совместно? Когда мы запланируем следующее подведение итогов?»

Прекращение терапии

В некотором смысле терапия обеспечивает постоянную подготовку к ее прекращению. РЭПТ, в частности, следует образовательной модели и пытается обучить клиента навыкам рационального самоанализа, которые, как мы надеемся, он сможет распространить на новые проблемные ситуации. По мере улучшения его состояния терапевт может меньше заниматься оспариванием на сессии и предоставлять это клиенту. Мы рекомендуем вам оставаться активными в ходе сессий, но менять содержание своей речи.

На первых сессиях вы будете больше говорить об ИУ и о том, почему они иррациональны. Ближе к концу – больше останавливаться на том, насколько хорошо клиенты оспаривают собственные ИУ. Так как к концу терапии большинство клиентов приобретают базовое понимание теории эмоциональных нарушений и овладевают некоторыми навыками борьбы с ними, вы можете просто направлять их путем применения РЭПТ к решению конкретных проблем.

Когда клиенты заявляют о готовности прекратить терапию и вы соглашаетесь с тем, что намеченные в начале цели достигнуты, можно спросить, нет ли у них новых целей или проблем, которые они хотят обсудить. Такое приглашение может быть полезно для клиентов, стесняющихся поднять проблемы, которые они считают незначительными или не связанными с нынешними. Иногда складывается впечатление, что клиент уходит раньше времени: изначальные цели достигнуты, но остался ряд иных существенных проблем, в которых терапевт способен помочь. Обязательно доведите это до сведения клиента, но, если он не согласен работать над ними, легко допустить этическую ошибку, настаивая на продолжении терапии.

Терапевты могут сталкиваться с собственными перфекционистскими стандартами. Имеются ли у вас абсолютные долженствования о том, как клиентам следует заканчивать терапию? Клиенты не всегда будут доходить до конечной, предпочтительной для вас точки, и мало чего удастся достичь, приставая к ним или беспокоясь, оправдали ли они свои затраты. Прекращение терапии возможно и приемлемо до достижения всех целей. Собственно говоря, некоторые из них сообщают, что основной прогресс произошел после прекращения терапии; может иметься значительный разрыв во времени между научением принципам и принятием решения о том, чтобы полностью реализовать их. Конечно, вы можете указать клиентам, что они обманывают себя, и обсудить преимущества работы над дальнейшими проблемами. Однако в конечном итоге это будет их выбор.

Когда терапия считается завершенной

Когда мы проводим супервизионные тренинги, у нас часто спрашивают, когда терапия считается завершенной. Что особенно важно, об этом в процессе терапии спрашивают и клиенты. Очевидно, что точного ответа на этот вопрос не существует, иногда прекращение терапии происходит по практическим или финансовым причинам, не имеющим отношения к процессу. Несмотря на это, есть общие критерии, которые можно предложить слушателю или клиенту при принятии решения о прекращении терапии. Среди них мы обнаружили различие между

необходимыми и достаточными критериями; то есть некоторые результаты кажутся важными для прекращения терапии, но, вероятно, недостаточными для того, чтобы мы согласились с тем, что клиент получил необходимую пользу.

Одним из таких критериев является инсайт. В процессе терапии мы надеемся, что клиенты поймут принципы РЭПТ. Либо в форме «Ага!», либо путем постепенного открытия новой, разумной идеи мы ждем от клиента понимания взаимодействия B и C, связывающей мысли с настроением. Если наша цель заключается в том, чтобы клиенты стали сами себе терапевтами, им необходимо уметь анализировать свои проблемы, улавливать смысл разговоров с самими собой и распознавать собственные вариации общих иррациональных убеждений. Инсайт может и нужен, но, как правило, его недостаточно для успешного завершения терапии.

Блок 18.5

Когда терапия завершена? Ниже даны вопросы, которые можно задать клиентам, отвечая на их вопрос.

• Усвоили ли вы новые формы поведения? Стали ли они вашими постоянными привычками?

• Стали ли ваши эмоциональные реакции более адаптивными?

• Можете ли вы посмеяться над собой и не относиться к себе так серьезно?

• Можете ли вы спокойнее переносить фрустрацию?

• Можете ли вы справиться с ней путем поступков, а не избегания?

• Можете ли вы провести собственный анализ проблемы по модели ABC?

• Можете ли вы продуктивно бросить вызов своим когнициям, вызывающим стресс?

• Перестали ли вы обвинять других и взяли ли вы на себя ответственность за свои проблемы?

• Стало ли у вас меньше проблем для работы над ними?

• Приходя на сессию, не начинаете ли вы болтать о прошедшей неделе, вместо того чтобы работать над целью?

• Вы только чувствуете себя лучше или вам действительно стало лучше?

Блок 18.5 содержит список изложенных в виде вопросов вероятных критериев для прекращения терапии, которые можно задать клиентам, если они начнут волноваться о том, как узнать, когда пора заканчивать терапию.

Новые привычки

В каком-то смысле терапия никогда не заканчивается. Мы можем перестать посещать терапевта, но процесс управления своим настроением и поведением продолжается. Нам легко понять, что мы не можем похудеть в этом году, а затем прожить остаток жизни, ни в чем себе не отказывая. Мы признаем, что нам не достичь нужной физической формы с помощью программы упражнений и не добиться ее сохранения без постоянных усилий. Аналогичным образом когнитивная терапия или рационально-эмотивные навыки требуют поддержания.

Терапия – это профилактическая программа на всю оставшуюся жизнь. Как указывал Эллис (Ellis, 1975), человек по своей природе иррационален. В РЭПТ клиенты приобретают новую философию жизни, а она, как и прочие новые привычки, требует поддержания. Мы, РЭПТ-терапевты, практикуемся в этой философии почти каждый день, работая с клиентами. Поэтому с меньшей вероятностью отступаем от нее – и все же это происходит! Трудно жить рационально, и, вероятно, никто из нас не достигнет здесь совершенства. Однако даже если забыть о приобретенных на терапии навыках, мы, вероятно, не скатимся обратно: после небольшой практики подзабытые навыки легко вернутся. Мы считаем, что РЭПТ помогает клиентам быстрее наверстать упущенное, вместо того чтобы сломаться после рецидива.

Как мы говорили ранее, инсайт – необходимый, но недостаточный предвестник прекращения терапии при условии, что поведение клиента не изменилось. Если человек продолжает вести себя саморазрушительно, понимание и объяснение того, как он позволяет себе этим заниматься, является простой софистикой. В идеале мы хотим, чтобы измененное поведение клиентов оставалось стабильным в разных ситуациях и было настолько автоматическим, чтобы его можно было назвать привычкой. Однако даже привычки поначалу неустойчивы, и если их не закреплять, они теряются. Если терапия заканчивается до момента стабилизации изменения в поведении, результат может быть менее желательным, но не ужасным. В случае необходимости клиенты всегда могут вернуться на терапию для дальнейшей практики.

Эмотивная редукция

Когда терапия топчется на месте, часто так происходит потому, что клиент не делится с терапевтом несущим эмоциональную нагрузку материалом. Собственно говоря, часть наиболее продолжительных курсов терапии проводилась с клиентами, воспитанными в семьях, где проявление чувств считалось неприличным, неудобным или, в лучшем случае, излишним. Зачастую первый шаг в терапии с такими клиентами заключается в том, чтобы помочь им признать свои сильные чувства и поделиться ими в безопасной обстановке терапевтических отношений (Marzillier, 2010).

Следовательно, успешное завершение терапии означает не лишение клиента эмоций, а то, что нездоровые нарушенные эмоции становятся триггером для практики в РЭПТ. В некоторых случаях клиенты сообщают, что вызывавшие раньше дистресс А эмоции настолько хорошо проработаны, что их реакции теперь эмоционально нейтральны или они испытывают здоровые отрицательные эмоции. Однако чаще эмоции снижаются по частоте, силе (как в случае с отрицательными, так и в случае с положительными) и продолжительности.

Смех над собой

Похоже, разные школы терапии придерживаются разных взглядов на то, что можно назвать «сущностью человека». Карл Роджерс, например, учил, что человек

хорош по своей природе и заслуживает безусловного позитивного отношения. Фрейд же, казалось, подчеркивал присущее людям зло и необходимость развивать адекватное суперэго и силы эго для «сдерживания ида». Главную позицию КПТ можно сформулировать так: люди по своей сути не одинаковы, другими словами, человек – очень сложное существо, чтобы рассматривать его упрощенно. Позиция РЭПТ в основном согласуется с КПТ, но добавляется то, что все люди склонны совершать ошибки и полны несовершенств, к которым неплохо бы относиться с юмором!

Частью завершения терапии является признание того, что мы больше похожи, чем не похожи на других людей. РЭПТ не придерживается идеи, что все мы особенные благодаря уникальности личности. Скорее наоборот: принадлежность к человеческому роду не делает никого особенным. Осознание своего родства с другими людьми имеет ряд преимуществ, в том числе снижение перфекционизма клиента и его самоуничижения (например, «Пусть я свалял дурака. Периодически у всех так бывает»). Это может поддерживать и переносимость фрустрации («Это трудно не только для меня, но и для всех») и терпимость к другим («Ты не поверишь тому, что он натворил!» – «Поверю, все мы совершаем глупости!»). Каждый человек по определению подвержен глупым или саморазрушительным чувствам, мыслям и поведению.

И наконец, с пространственной, если не с экзистенциальной, перспективы мы считаем полезным напоминать себе об относительной значимости жизненных событий. Если бы на вас смотрели из иллюминатора самолета, вы выглядели бы маленькой точкой внизу, а когда самолет пролетает мимо, ваша точка задерживается на мгновение. Значимость наших глупостей и достижений начинает уменьшаться, так что становится возможным появление более рационального, беззаботного и гедонистического фокуса внимания. Это элегантная позиция, с высоты которой можно рассматривать прекращение терапии!

Высокая толерантность к фрустрации

Клиент, готовящийся завершить терапию, больше не удивляется фрустрациям, а ждет их. Например, один клиент пришел к выводу, что если у него не случилось по крайней мере десяти фрустраций в день, вероятно, потому, что он еще не встал с постели!

В случае неудачи мы всегда можем сказать: «Да провались ты пропадом!» (или произнести еще пару цветастых выражений). После настоящего усвоения уроков РЭПТ разница действительно становится видна: нас больше не сметает эмоциональным потоком, вместо этого мы используем наши умения и навыки.

Некоторые могут добиться еще большего. У одного из наших коллег брату, а затем сыну поставили диагноз диабет. С годами он переключил свои исследования и клинические интересы на тему борьбы с диабетом. Когда его поздравили с тем, как элегантно он превратил «лимоны в лимонад»[57], он возразил: «Забавно. Я даже не думал об этом как о “лимонах”, это просто данность». Он вышел за пределы переносимости фрустрации, перейдя на более продвинутый этап – принятие.

Копинг путем действий

Выписывая ABC, обсуждая их и посещая терапию, клиент решает проблемы и активно пытается внести изменения. «Действовать» в поведенческой парадигме – значит вести активный поиск подкреплений вместо стремления избежать боли.

У нас есть два варианта решения проблем – ничего не делать либо что-то делать. Мы можем действовать как бойцы или как беглецы, а РЭПТ стремится превращать нас в бойцов. Почему? Оставаясь тревожными или депрессивными, мы чувствуем себя бессильными жертвами. Даже «выжив», ждем «замирая». Позиция РЭПТ, напротив, иллюстрируется человеком, говорящим себе: «Я могу вынести любую проблему, пока не решу ее и не разработаю лучший план». РЭПТ не рекомендует упрощенный стоицизм, рационализацию и пассивность.

Пассивная позиция не учит полезным выводам, которые можно распространить на другие проблемы. Пассивный человек сбегает вниз по узкой дорожке, ведущей к отрицанию или диссоциации. А ментальный набор созидателя – это неограниченное поле деятельности: «Я необязательно буду делать одно и то же всякий раз при возникновении проблемы, я буду менять условия, чтобы могло случиться что-то еще». Наши ошибки – это действия, а не бездействие. Таким образом, мы рассматриваем проблему как задачу, которая по крайней мере вызовет новый набор условий.

Преждевременное прекращение терапии

Некоторые клиенты приходят после нескольких сессий, объявляя о полном успехе терапии. В таких случаях «бегства в здоровье» важно спросить, чем они объясняют такое изменение. Наступило ли улучшение из-за применения принципов РЭПТ? Изменились клиенты по ошибочным поводам (например, чтобы угодить терапевту) или улучшение наступило потому, что неприятные А в их жизни стали менее частыми? Терапевту придется вспомнить содержание предыдущей сессии. Вероятно, там присутствовало обсуждение активирующего события или эмоциональной реакции, переполнившее клиента эмоциями. Для проверки улучшения вы можете попросить его вспомнить о расстраивавших проблемах, которые теперь не ощущаются таковыми, и объяснить, по какой причине так произошло. Последняя часть этого вопроса подчеркивает когнитивные изменения и позволяет терапевту оценить, действительно ли клиент мыслит правильнее.

Если клиент бросает терапию внезапно, без предупреждения, каковы должны быть действия терапевта? Многие клиники отправляют клиенту письмо с уведомлением о пропуске сессии и предложением продолжить лечение при необходимости. В большинстве случаев приемлем телефонный звонок терапевта. Хотя он более навязчив, но может быть и более информативным для терапевта, и полезным для клиента. Однако если вы плохо знаете клиента, звонок нежелателен. Например, кто-то мог держать посещение терапии в секрете от членов семьи, и сообщение на автоответчике поставит его в неловкое положение, и даже если клиент дома, он может быть не в состоянии спокойно разговаривать. В любом случае

рекомендуется не контактировать более одного раза, поскольку в противном случае юридически это может расцениваться как преследование.

Во многих случаях клиенты прекращают терапию из-за внешних факторов до того, как они или вы почувствуете их готовность к завершению. Здесь может оказаться полезным остановиться и спросить себя: «Может, это моя последняя сессия с клиентом. Как организовать ее так, чтобы она имела максимальную ценность?» Вот несколько советов:

• Спросите клиента, чего он хочет достичь на заключительной сессии.

• Попробуйте повторить ход терапии: зачем клиент изначально пришел на лечение, чему он научился и что все еще хочет изменить. Затем можно сравнить с его ответами собственные идеи по этим трем пунктам и поделиться ими.

• Предложите клиенту продолжить поведенческие задания для восполнения пробела по окончании терапии. Задания могут служить и напоминанием об изученных клиентом с помощью терапевта понятиях.

Если клиент прекращает терапию из-за переезда, полезно обсудить, планирует ли он возобновить ее на новом месте жительства. Вы можете связаться с другим РЭПТ-терапевтом или посоветовать способ найти нового терапевта. Институт Альберта Эллиса располагает списком РЭПТ-терапевтов в США и за рубежом. Его можно найти по адресу www.albertellis.org.

Клиентам также полезно объяснить, что уход сам по себе может стать стрессором. Так они будут подготовлены к рецидиву в случае его наступления и не станут обвинять себя в нем. В противном случае любой новый эмоциональный дистресс рассматривается как свидетельство того, что им никогда не станет лучше, что, в свою очередь, способно вызвать панику, депрессию или решение прекратить терапевтическую работу. Понимание и принятие рецидива помогает клиентам продвинуться на пути терапии в будущем. Во время ее прекращения некоторые клиенты могут не сразу обсуждать свою реакцию на изменение, а вести себя депрессивно. В этом случае реагируйте на подсказки языка тела и изменений голоса и комментируйте поведение. Позднее, на той же сессии, можно добавить: «Знаете, если бы вы не были моим клиентом, мы могли бы стать хорошими друзьями. Жаль, что мы больше не увидимся. А что чувствуете вы в данный момент?» Если вы не выскажетесь, клиент может никогда не узнать о вашей реакции или не получит шанса поговорить о том, что могло быть важными отношениями в его жизни.

Повышение эффективности лечения После прекращения терапии

Полезно отослать клиентам рекомендации, как продолжать получать пользу от терапии после завершения регулярных сессий. Задача – в максимизации распространения терапии на реальную жизнь и, таким образом, расширении результатов лечения с течением времени и появлением новых жизненных проблем. В качестве раздаточного материала для клиентов можно подготовить список рекомендаций, взятый из работ Нормы Кэмпбелл. Обсудите его и порекомендуйте клиентам к нему обращаться.

Как повысить эффективность терапии?

• *Читайте.* Держите под рукой изученные книги, читайте новые книги и статьи по РЭПТ, перечитывайте полезные для вас отрывки.

• *Думайте.* Отрабатывайте навыки РЭПТ; попробуйте вести журнал под названием «Здоровый разговор с самим собой»; используйте карандаш и бумагу для написания оспаривания в моменты, когда чувствуете себя расстроенным.

• *Практикуйтесь.* Каждый день тренируйтесь в развитии переносимости фрустрации. Делайте что-то сложное. Пусть робко. Пусть нудно. Пусть без немедленной отдачи. Это упражнение будет укреплять вашу переносимость фрустрации, поможет контролировать свой характер и приведет к честно наработанному чувству собственного достоинства и гордости.

• *Создавайте.* Эмпатию и переносимость можно создать, ежедневно пытаясь совершить какой-нибудь добрый поступок: сделать комплимент, выслушать кого-то, подарить свое время или интерес – без всякого вознаграждения.

• *Предотвращайте.* Во избежание возвращения перфекционизма и претенциозности каждый день совершайте одно из следующих действий: вежливо уступайте, приносите извинения и признавайте свою ошибку, смейтесь над собой, сделав глупость; ошибайтесь нарочно; спрашивайте себя: «Что, если я совершаю глупость? Насколько это ужасно?»

• *Содействуйте счастью.* Каждый день делайте что-нибудь веселое. Хорошо проведя время, запомните это и расскажите об этом кому-нибудь.

Эллис (Ellis, 1984) добавляет еще два хороших пункта – старайтесь поддерживать связь со знающими о РЭПТ людьми, которые могут обсудить с вами ее аспекты. Расскажите им о проблемах, с которыми трудно справиться, и о том, как вы используете РЭПТ для их преодоления. Посмотрите, согласны ли они с вашими решениями и предлагают ли дополнительные, лучшие виды оспаривания РЭПТ, которые можно использовать для борьбы с иррациональными убеждениями.

Практикуйтесь в использовании РЭПТ с друзьями, родственниками и партнерами, желающими, чтобы вы им помогли. Чем чаще вы будете использовать ее с другими людьми, видеть особенности их ИУ и пытаться отговорить их от саморазрушительных идей, тем больше будете понимать основные принципы РЭПТ и использовать их для своей пользы. Видя иррациональные поступки других, старайтесь выяснить – пообщавшись или не общаясь с ними, – каковы их главные иррациональные убеждения, как их активно и энергично диспутировать.

Поддерживающие (бустерные) сессии

После завершения терапии иногда клиенты находят причины записаться на прием или возобновить ее на короткий период. Поэтому перед прекращением терапии убедитесь в их понимании того, что возвращение к дальнейшей работе не является клеймом, а аналогично прививке. В будущем с большой вероятностью возникнут новые вопросы, которые они могут захотеть обсудить, и будет некорректно притворяться, что в дальнейшем проблемы не возникнут или что успешно изучившие принципы РЭПТ клиенты отныне будут абсолютно рациональны.

Многие терапевты считают особенно удовлетворяющим аспектом их профессии работу семейным психологом. Обучавшиеся у доктора Эллиса терапевты быстро понимали, что он зачастую давал им портрет клиента, составленный разными поколениями, так как он вспоминал работу с его матерью или другим родственником. Сообщите клиенту о том, что он или члены его семьи могут не только обращаться к вам за помощью при необходимости, но это вами приветствуется.

Супервизия

Существуют разные способы получения обратной связи со стороны супервизора, включая самонаблюдение, интервизии, поиск местного супервизора РЭПТ, отправку записей сессий супревизору РЭПТ по электронной почте и запись на программу обучения в вашем месте проживания или в институте в Нью-Йорке.

Независимо от того, какую форму супервизии вы выберете, подготовьтесь к ней, выполнив домашнюю работу (см. ниже раздел «Самоконтроль супервизии»). Что еще важнее, забудьте о своем эго: примите это как учебный опыт, представьте себя новичком в РЭПТ (хотя вы можете быть опытным клиницистом) и признайте, что немного беспокойства или напряженности – нормальное явление в учебной обстановке. Если уровень вашей тревоги перед сессиями растет, а настроение после них резко падает, не забудьте отметить это настроение и сопутствующие когниции, использовать их в качестве зерна для вашей собственной терапевтической мельницы. Преодоление своих тревог по поводу супервизии – отличный способ попрактиковаться и овладеть РЭПТ.

Самоконтроль супервизии

Начните активно супервизировать самого себя. Один из способов отслеживать успехи в научении РЭПТ – регулярно оценивать сессии и просить клиента делать то же самое. В качестве стандарта для сравнения вашей работы полезны опросники. Приведем некоторые рекомендуемые пункты:

- Была ли сессия активно структурирована?
- Удалось ли вам выявить конкретные мысли и чувства клиента?
- Смогли ли вы определить основные иррациональные убеждения клиента? Автоматические мысли? Лежащие в их основе предположения?
- Были ли оспорены эти ИУ, автоматические мысли и лежащие в их основе предположения?
- Каковы результаты оспаривания?
- Были ли заданы домашние задания?
- Помогали ли вы клиенту не отвлекаться от темы?
- Какие чувства вы испытываете в отношениях «терапевт – клиент»?
- Кто руководил сессией, вы или клиент?
- Чувствовали ли вы, что давали клиенту советы? Были ли они уместны?
- Занимались ли вы решением проблем? Было ли это эффективно?
- Было ли у сессии логическое завершение?

Приложения

Приложение 1

Анализ ABCDE

Заполните эти бланки, слушая проводящих сессии терапевтов вживую или в записи. Эти бланки призваны сфокусировать ваше внимание, помочь изучить модель ABCDE и обеспечить обратную связь коллегам.

Случай 1

A (активирующее событие/события)	B (убеждения)	C (следствия)	D (диспутирования)	E (эффективные эмоциональные реакции)
Домашнее задание:				

Случай 2

A (активирующее событие/события)	B (убеждения)	C (следствия)	D (диспутирования)	E (эффективные эмоциональные реакции)
Домашнее задание:				

Приложение 2

Анализ ABCDE. Примечания к сессии

A (активирующее событие/события)	B (убеждения)	C (следствия)	D (диспутирования)	E (эффективные эмоциональные реакции)

___1. Оценил наличие дисфункциональных эмоций или поведения. ___2. Исследовал адаптивность эмоций и поведения клиента. ___3. Оценил наличие и тип дисфункциональных когниций. ___4. Изучил адаптивность системы убеждений клиента. ___5. Выяснил активирующие события.	___6. Предложил клиенту гипотезу о том, какого иррационального убеждения он придерживается. ___7. Обучил связи B и C. ___8. Обучил различию иррациональных и рациональных убеждений. ___9. Предложил альтернативные рациональные убеждения для замены иррациональных убеждений клиента.

____10. Использовал элегантное (философское) диспутирование ИУ.
____11. Использовал рационально-эмотивную визуализацию.
____12. Создал и отработал новое РУ или ЭУ.
____13. Обговорил с клиентом домашнее задание.
____14. Оценил эмоции, мысли и поведение клиента при попытке выполнения им домашнего задания.
____15. Эмпирическое оспаривание А (вывода).
____16. Предусмотрел инструкцию для отработки всех самоинструкций.

____17. Помог клиенту выработать альтернативные решения практических проблем.
____18. Помог клиенту оценить эффективность альтернативных решений.
____19. Отработал новые решения практических проблем (например, обучение ассертивности или социальным навыкам).
____20. Отработал упражнения на расслабление или расслабляющую визуализацию.

Домашнее задание:
Оцените попытки клиента выполнить домашнее задание, полученное на последней сессии.

1	2	3	4	5
Попытка выполнить задание не предпринималась.	Попытка выполнить задание предпринималась отчасти.	Выполнена какая-то часть задания.	Выполнена большая часть задания.	Выполнено все задание.

Комментарии:

Новое домашнее задание:

Приложение 3

Биографический опросник

Инструкция:

Чтобы помочь нам помочь вам, ответьте на вопросы как можно честнее. Вы сэкономите много времени и усилий, предоставив полную информацию. Можете быть уверены, что, как и все, что вы говорите в Институте, изложенная в этом опроснике информация будет храниться в строжайшем секрете, никому из посторонних лиц не разрешается видеть вашу историю болезни без вашего письменного на то разрешения.

ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ БЛАНК ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ.

Ф. И. О. ____

1. Дата рождения ____________ Возраст _____ Пол: М__ Ж__ Национальность _______________________

2. Адрес ____

____

дом улица город штат индекс

3. Домашний телефон ______________________ Рабочий телефон ______________________

4. Адрес проживания (в случае отличия от указанного выше) _____

____

____

5. Кто направил вас в Институт? __________ (1) сам___________

(2) семейный врач___________________

(3) психолог или психиатр ______________________________

(4) сайт/Интернет ______________________ (5) социальный работник____

(6) больница или клиника _____________________(7) школа или учитель____________________ (8) друг ____________________________

(9) родственник ______________(10) другое (поясните) ____________

Проходила ли эта встреча здесь? ______ да ______ нет

6. Семейное положение__________________________________

Количество совместно прожитых лет в текущих отношениях ________

Количество детей ________________ Возраст детей _______________

7. Образование (обведите количество лет) ______________________

1 ... 20 более 20

8. Степень вашей религиозности? (Обведите соответствующее ей число.)

крайне религиозен обычный атеист

1 2 3 4 5 6 7 8 9

9. Степень религиозности каждого из ваших родителей (опекунов)?

крайне религиозен				обычный				атеист
1	2	3	4	5	6	7	8	9
крайне религиозен				обычный				атеист
1	2	3	4	5	6	7	8	9

10. Возраст матери _____ В случае смерти сколько вам было лет, когда она умерла? ______

11. Возраст отца ______ В случае смерти сколько вам было лет, когда он умер? ________

12. Если ваши родители стали жить отдельно, сколько вам было лет на тот момент? ______

13. Если ваши родители в разводе, сколько вам было лет на момент развода? ____________

14. Количество разводов матери __________ Количество разводов отца ___________

15. Возраст ныне живущих братьев __________ Возраст ныне живущих сестер ____________

16. Я был ребенком (номер) _________ в семье из __________ детей.

17. Отягощенный анамнез ___________________________________

18. Были ли вы усыновлены? _______ да _________ нет

19. Посещали ли вы в прошлом индивидуальную, групповую или семейную терапию? _______ да _________ нет

(укажите приблизительные даты и продолжительность лечения)________

20. Госпитализировали ли вас в прошлом из-за эмоциональных проблем? ______ да ______ нет

21. Проходите ли вы в настоящее время еще какое-то лечение? _____да _______ нет

22. Принимали ли вы лекарства из-за эмоциональных проблем? ____да _______ нет

Если да, перечислите и укажите, принимаете ли вы их в настоящее время или когда принимали *в последний раз* и кто их прописал ______________
____

23. Пройденный вид психотерапии (укажите метод лечения, например психодинамическая/свободных ассоциаций, поведенческая, когнитивная терапия и т. д.)____

24. Вы когда-нибудь пытались покончить с собой? ____________________
25. Посещают ли у вас мысли о самоубийстве в настоящее время? _______
26. Кратко перечислите свои главные жалобы, симптомы и проблемы ____
____
____

27. Кратко перечислите иные жалобы, симптомы и проблемы **в прошлом** ___
____
____
____

28. При каких условиях ваши проблемы усугубляются? ____________
____
____
____

29. При каких условиях наступает улучшение? ______________________
____
____
____

30. Перечислите, чем вам нравится заниматься больше всего, виды деятельности и людей, приносящих вам удовольствие __________________
____
____

31. Назовите свои сильные стороны ______________________________
____
____

32. Назовите свои слабые стороны _______________________________
____
____

33. Назовите свои главные **социальные** трудности __________________
____
____

34. Назовите свои главные трудности в **любовных и сексуальных** отношениях ____
____

35. Назовите свои главные трудности **в школе или на работе** ___________
____
____

36. Назовите свои главные жизненные цели ______________________
____
____

37. Назовите свое поведение и эмоции, которые вы хотели бы изменить больше всего ____
____
____

38. В какой профессии (роде занятий) поможет вам терапия? ______
____
____

39. Работаете ли вы в настоящее время? Полный день _____ Неполный день ____

40. Род занятий матери _________________ Род занятий отца ______
____

41. Если в детстве вас воспитывали не родители, то кто? ___________
____

42. Опишите, как каждый из ваших родителей (опекунов) относился к вам, когда вы были ребенком, и какие у вас отношения с ними сейчас
____
____
____

43. Если в ваших отношениях с кем-либо из братьев и сестер наблюдались необычные нарушения, кратко опишите их ______________________
____

44. Переживали ли вы в детстве что-нибудь из перечисленного ниже:

Психологическое насилие __________ да ___________ нет
Физическое насилие __________ да ___________ нет
Сексуальное насилие __________ да ___________ нет
Злоупотребление наркотиками __________ да ___________ нет
Расстройства психики __________ да ___________ нет
Злоупотребление лекарствами __________ да ___________ нет

45. Переживали ли вы в детстве что-нибудь из перечисленного ниже:
Расставание или развод родителей ________ да ______ нет
Заключение в тюрьму члена семьи ________ да ______ нет
Игнорирование на эмоциональном уровне ________ да ______ нет
Игнорирование на физическом уровне ________ да ______ нет
Жестокое обращение матери ________ да ______ нет

46. Близкие родственники с серьезными эмоциональными нарушениями (указите) ____
____
____

Близкие родственники, госпитализированные из-за эмоциональных проблем или попытки самоубийства (укажите) ____________________
____
____
____
____

47. Укажите любую дополнительную информацию, которая, по вашему мнению, может оказаться полезна ________________________________
____
____
____

Оригинальная версия А. Эллиса и Дж. Вулф. Переиздано 10, 2012 г. К. Дойл, Р. Диджузеппе и сотрудниками Института Альберта Эллиса.

Приложение 4

Обучение РЭПТ: стратегии диспутирования

Иррациональное убеждение для диспутирования: ___________________
____

Стратегия диспутирования

	Логическая	**Эмпирическая**	**Функциональная**	**Рационально-альтернативая**
Дидактиче-ский стиль				
Сократовский стиль				
Метафориче-ский стиль				
Юмористиче-ский стиль				

Перепечатано из Springer: Бил Д., Копек А. М., Диджузеппе Р. Обучение в РЭПТ: стратегии диспутирования/диспутирование иррациональных убеждений клиентов. Журнал рационально-эмотивной и когнитивно-поведенческой терапии, № 14, 1996, с. 215–229. Напечатано с любезного разрешения Springer Science and Business Media.

Создание эффективных рациональных новых убеждений

(разработано У. Баксом, Р. Диджузеппе и К. Дойл, июнь 2012 года)

Ирра-циональное убеждение	ЭФФЕКТИВНОЕ РАЦИОНАЛЬНОЕ НОВОЕ УБЕЖДЕНИЕ				
	императивная когниция: *требование или долженствование*	**производная когниция:** *самоуничижение*	**производная когниция:** *унижение других*	**производная когниция:** *катастрофизация*	**производная когниция:** *неперено-симость фрустрации*

Приложение 5

Бланк самопомощи РЭПТ

А (активирующие события или неблагоприятные факторы)	**С (следствия)**
Кратко и максимально объективно изложите ситуацию: Критическое А (что меня больше всего беспокоило?):	Основная дисфункциональная/нездоровая отрицательная эмоция (чувство): Дезадаптивное/не приносящее пользы поведение (и (или) тенденции к действию):

Примеры: • А может быть внутренним или внешним, реальным или воображаемым • А может быть событием в прошлом, настоящем или будущем • Ситуация: «Мы с женой в чем-то не сошлись во мнениях» • Критическое А: «Она раскритиковала меня в пух и прах»		**Дисфункциональные отрицательные эмоции включают:**		**Дезадаптивное поведение включает в себя:**	**ЦЕЛИ**
		• тревогу/страх; • стыд/смущение; • ярость/гнев; • вину; • депрессию (депрессивное настроение)	• вызывающую проблемы ревность; • вызывающую проблемы зависть; • обиду	• социальное избегание; • отсутствие заботы о себе (например, не тренироваться, не отдыхать); • агрессивное поведение	

В (Убеждения): иррациональные (не приносящие пользы/дисфункциональные) убеждения	**D (диспутирование)**: обсуждение ваших иррациональных (не приносящих пользы/дисфункциональных) убеждений	**Е (эффективное)**: рациональные (полезные/функциональные) убеждения	**Ф (функциональное)**: основная функциональная/здоровая эмоция и адаптивное/полезное поведение
			(цель): новая функциональная/ здоровая отрицательная эмоция: (цели): новое адаптивное/полезное поведение: дезадаптивное поведение

Для определения иррациональных убеждений ищите:	Для изменения иррациональных убеждений спросите себя:	Чтобы мыслить более рационально, стремитесь к:	Функциональные/здоровые отрицательные эмоции включают:
1) **требования** (долженствования/ абсолютные следования/ обязанности); 2) **катастрофизацию** («Это ужасно, кошмарно, жутко!»); 3) **непереносимость фрустрации** («Я этого не вынесу!»); 4) **унижение себя, других или жизни** («Я никчемен или ничтожество», «Он никчемен или ничтожество» или «Жизнь бессмысленна»)	• Откуда у меня это убеждение? **Полезно** оно или создает мне проблемы? • **Где доказательства** в поддержку моего иррационального убеждения? • Действительно ли это ужасно (ужаснее не бывает)? • Действительно ли я этого не вынесу? • Действительно ли я совершенно никчемен? • **Логично ли оно?** Вытекает ли оно из моих установок? • **Используйте метафорическое диспутирование** (например, метафоры, рассказы, юмор)	1) **гибким установкам** (например, «Я хочу преуспеть, но мне не обязательно это делать»); 2) **антикатастрофизации** (например, «Это может быть плохо или неудачно, но не ужасно, и я все еще могу наслаждаться некоторыми вещами»); 3) **высокой переносимости фрустрации** (например, «Мне это не нравится, но я могу это вынести и все еще наслаждаться многими вещами); 4) **принятию себя, других и жизни** (например, «Я могу принять себя как человека, которому свойственно ошибаться)	• обеспокоенность; • разочарование; • здоровый гнев/раздражение; • раскаяние/сожаление; • грусть; • здоровую озабоченность отношениями; • здоровую зависть; • печаль Адаптивное/полезное поведение включает: • встречи с друзьями или поиск поддержки; • занятия спортом; • ассертивное поведение

Приложение 6

Политика в отношении домашних заданий

Наш опыт и исследования показали, что ключом к быстрому и оптимальному прогрессу в психотерапии является работа над своими проблемами как дома, так и в терапевтическом кабинете. Во время прохождения РЭПТ каждый клиент на каждой сессии получает домашние задания, которые следует выполнять между сессиями. Наша цель – помочь максимально увеличить ваш прогресс в достижении целей терапии. Мы со всей серьезностью относимся к данной политике домашних заданий и надеемся, что вы тоже. В случае возникновения вопросов относительно данной политики домашних заданий и любых других аспектов терапии обсудите их с вашим терапевтом.

Приложение 7

Форма записи сессии для комплексной РЭПТ

Сессия №: _______________ Дата: ______________________

ФИО клиента: ______________________________________

Прорабатываемая проблема: _____________________________

___ 1. Оценил наличие дисфункциональных эмоций или поведения.

___ 2. Исследовал адаптивность эмоций и поведения клиента.

___ 3. Оценил наличие и тип дисфункциональных когниций.

___ 4. Изучил адаптивность системы убеждений клиента.

___ 5. Выяснил активирующие события.

___ 6. Предложил клиенту гипотезу о том, какого иррационального убеждения он придерживается.

___ 7. Обучил связи В и С.

___ 8. Обучил различию иррациональных и рациональных убеждений.

___ 9. Предложил альтернативные рациональные убеждения для замены иррациональных убеждений клиента.

___10. Философское оспаривание ИУ.

___11. Рационально-эмотивная визуализация.

___12. Имагинативная экспозиция.

___13. Создал и отработал новое РУ или ЭУ.

___14. Обговорил домашнее задание.

___15. Оценил эмоции, мысли и поведение клиента при попытке выполнения им домашнего задания.

___16. Диспутировал А (вывод).

___17. Отрепетировал самоинструкции.

___18. Помог клиенту выработать альтернативные решения практических проблем.

___19. Помог клиенту оценить эффективность альтернативных решений.

___20. Отработал новые решения практических проблем (например, обучение ассертивности или социальным навыкам).

___21. Отработал упражнения на расслабление или расслабляющую визуализацию.

___22. Прочее.

Оцените попытки клиента выполнить домашнее задание, полученное на последней сессии.

1	2	3	4	5
Попытка выполнить задание не предпринималась	Попытка выполнить задание предпринималась отчасти	Выполнена какая-то часть задания	Выполнена большая часть задания	Выполнено все задание

Комментарии: ______________________________________

____

____

Домашнее задание ___________________________________

____

____

Рекомендация супервизора:____________________________

____

____

Р. Диджузеппе, июль 2012
Подпись ______________________

Список литературы

Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87* (1), 1978.

Alloy, L. B., Peterson, C., Abramson, L. Y., & Seligman, M. E. Attributional style and the generality of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology, 46* (3), 1984.

Allport, G. W. The functional autonomy of motives. *The American Journal of Psychology, 50*, 1937.

Amsel, A. Arousal, suppression, and persistence: Frustration theory, attention, and its disorders. *Cognition and Emotion, 4*, 1990.

Anderson, N. Schemas in person cognition. In N. Anderson (Ed.), *Contributions to information integration theory, Vol. 1: Cognition; Vol. 2: Social; Vol. 3: Developmental*. Hillsdale, NJ England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1990.

Araoz, D. *The New Hypnosis*. New York: Plenum, 1985.

Ard, B. Living without guilt and/or blame: conscience, superego, and psychotherapy. *Volume 19 of American University studies: Psychology American University Studies*. State College, PA: P Lang, 1990.

Areeda, P. The Socratic method. *Harvard Law Review*, 1996.

Backx, W. The distinction between quantitative and qualitative dimensions of emotions: Clinical implications. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 30*, 2012.

Baddeley, J. L., & Pennebaker, J. W. Expressive Writing. In W. T. O'Donohue, & J. E. Fisher (Eds.) *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2009.

Bartley, W. W. In defense of self-applied critical rationalism. In G. Radnitzky & W. W. Bartley (Eds.), *Evolutionary epistemology, Theory of rationality and sociology of knowledge*. LaSalle, IL: Open Court, 1987.

Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. Exploding the Self-Esteem Myth. *Scientific American*, January 2005.

Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. *Losing control: How and why people fail at self-control*. San Diego: Academic Press, 1994.

Baumeister, R. F., Smart, L., & Boden, J. M. Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, 103 (1), 1996.

Beal, D., & DiGiuseppe, R. Training supervisors in rational emotive behavior therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 1998.

Beal, D., Kopec, A. M., & DiGiuseppe, R. Disputing clients' irrational beliefs. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy, 14* (4), 1996.

Beck, A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.

Beck, A. T. *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility and violence*. New York: Harper Collins, 1999.

Beck, A. T. The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry, 62* (9), 2005.

Beck, A. T., & Emery, G. *Anxiety Disorders and Phobias*. New York: Basic Books, 1985.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. *Manual for the beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.

Bennett-Levy, J., Richards, D., Farrand, P., Christensen, H., Griffiths, K., Kavanagh, D., Klein, B., Lau, M., Proudfoot, J., Ritterband, L., Williams, C., & White, J. *Oxford guide to low intensity CBT interventions*. London: Oxford University Press, 2010.

Bernard, M. E. *Validation of general attitude and belief scale*. Presented at the World Congress on Mental Health Counseling. Keystone, Colorado, 1990.

Bernard, M. E., & DiGiuseppe, R. *Inside rational-emotive therapy: A critical appraisal of the theory and therapy of Albert Ellis*. New York: Academic Press, 1989.

Bernard, M. E., Froh, J. J., DiGiuseppe, R., Joyce, M. R., Dryden, W. Albert Ellis: Unsung hero of positive psychology. *The Journal of Positive Psychology, 5* (4), 2010.

Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S & Watson, J. C. Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, NY: Oxford University Press, 2002.

Bond, A. J., Ruaro, L., & Wingrove, J. Reducing anger induced by ego threat: Use of vulnerability expression and influence of trait characteristics. *Personality and Individual Differences, 40* (6), 2006.

Brainerd, C. J. Jean Piaget, learning research, and American education. In B. Zimmerman, & D. Schunk, (Eds.). *Educational Psychology: A century of contributions*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2003.

Burgess, P. M. Toward resolution of conceptual issues in the assessment of belief systems in rational-emotive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 4* (2), 1990.

Bushman, B. J. Does venting anger feed or extinguish the flame? Catharsis, rumination, distraction, anger and aggressive responding. *Personality and Social Psychology Bulletin,* 28 (6), 2002.

Byrne, R. M. J. *The rational imagination: How people create alternatives to reality*. Cambridge, MA: MIT Press, 2005.

Cabaniss, D. L., Cherry, S., Douglas, C. J., & Schwartz, A. R. *Psychodynamic psychotherapy: A clinical manual*. New Jersey: John Wiles & Sons Ltd, 2011.

Campbell, I. M. The psychology of homosexuality. In A. Ellis & M. E. Bernard (Eds.). *Clinical applications of rational-emotive therapy*. New York: Plenum, 1985.

Carkhuff, R. *Helping and human relations: A primer for lay and professional helpers*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.

Chessick, R. Socrates: First psychotherapist. *American Journal of Psychoanalysis, 42,* 1982.

Ciarrochi, J., Robb, H., & Godsell, C. Letting a little nonverbal air into the room. Insights for Acceptance and Commitment Therapy. Part 1: Philosophical and theoretical underpinnings. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 2005.

Cook, J. M., Biyanova, T., & Coyne, J. C. Influential psychotherapy figures, authors, and books: An Internet survey of over 2,000 psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training,* 2009.

Damasio, A. *Looking for Spinoza: Joy, sorrow, and the feeling brain*. Orlando, FL: Harcourt Inc, 2003.

David, D., David, A., Cristina, G., Macavei, B., & Kallay, E. A Search for the 'Hot' cognitions in a clinical and a non-clinical context: appraisal, attributions, core relation theme,

irrational beliefs, and their relation to emotion. In A. Columbus (Ed.), *Advances in psychology research (Vol. 40)*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers, 2006.

David, D., Freeman, A., & DiGiuseppe, R. *Rational and irrational beliefs: Implication for clinical conceptualization and practice in psychotherapy*. In D. David, S. J. Lynn, & A. Ellis (Eds.). Rational and irrational beliefs in human functioning and disturbances; Implication for research, theory, and practice. New York: Oxford University Press, 2009.

David, D., Lynn, S. J., & Ellis, A. *Rational and irrational beliefs: Research, theory, and clinical practice*. New York: Oxford University Press, 2010.

David, D., Schnur, J., & Belloiu, A. Another search for the "hot" cognitions; Appraisal, irrational beliefs, attributions, and their relation to emotions. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 20,* 2002.

Davison, G. C., & Neale, J. M. *Abnormal psychology*, 5th ed. New York: Wiley, 1990. de N. Abrantes-Pais, F., Friedman, J. K., Lovallo, W. R., & Ross, E. D. Psychological or physiological: Why are tetraplegic patients content. *Neurology*, 69 (3), 2007.

Delucia-Waack, J. L., & Gellman, R. A. (The efficacy of using music in children of divorce groups: Impact on anxiety, depression, and irrational beliefs about divorce.) *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 11* (4), Special issue: Groups in educational settings, 2007.

Denholtz, M. The use of tape recordings between therapy sessions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1* (2), 1970.

Diaz, R. M., & Berk, L. E. A Vygotskian critique of self-instructional training. In P. Lloyd, & C. Fernyhough (Eds.), *Lev Vygotsky: critical assessments: Future directions*, Vol. IV. Florence, KY: Taylor & Frances/Routledge, 1999.

DiGiuseppe, R. The implications of the philosophy of science for rational emotive theory and therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, 23* (4), 1986.

DiGiuseppe, R. *Maximizing the moment: How to have more fun and happiness in life. Cassette recording*. New York: Institute for Rational Emotive Therapy, 1991.

DiGiuseppe, R. The nature of irrational beliefs: Progress in rational emotive behavior therapy. *Journal of Rational Emotive & Cognitive Behavior Therapy, 14* (1), 1996.

DiGiuseppe, R. Rational assessment and treatment with children. In A. Ellis & M. E. Bernard (Eds.). *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders: Theory, practice, and research*. New York: Springer, 2006.

DiGiuseppe, R. A., & Froh, J. J. What cognitions predict state anger? *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy 20* (2), 2002.

DiGiuseppe, R., & Jilton, R. Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology, 5* (2), 1996.

DiGiuseppe, R., Leaf, R., Exner, T., & Robin, M. The development of a measure of irrational/rational thinking. Poster session presented at the World Congress of Behavior Therapy, Edinburgh, Scotland, September 6, 1988.

DiGiuseppe, R., & Muran, J. C. The use of metaphor in rational-emotive psychotherapy. *Psychotherapy in Private Practice, 10* (1–2), 1992.

DiGiuseppe, R., Robin, M., & Dryden, W. On the compatibility of rational-emotive therapy and Judeo-Christian philosophy: A focus on clinical strategies. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 4* (4), 1991.

DiGiuseppe, R., & Tafrate, R. *The anger disorder scale: Manual*. Toronto, Ontario, Canada: MultiHealth Systems, 2004.

DiGiuseppe, R., & Tafrate, R. *Understanding anger disorders*. New York: Oxford University Press, 2007.

DiLorenzo, T. A., David, D., & Montgomery, G. H. The interrelations between irrational cognitive processes and distress in stressful academic settings. *Personality and Individual Differences, 42* (4), 2007.

Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Ricardo F., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 2011.

Dobson, K. S., & Hamilton, K. E. Cognitive restructuring: behavioral tests of negative cognitions. In W. T. O'Donohue, & J. E. Fisher (Eds.). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley, 2009.

Dollard, J., & Miller, N. E. Personality and psychotherapy. New York: McGraw-Hill, 1950.

Dryden, W., DiGiuseppe, R., & Neenan, M. *A primer on rational emotive behavioral therapy, Third Edition*. Champaign, Illinois: Research Press, 2010.

Dryden, W. *Rational emotive behaviour therapy: Distinctive features*. Hove, East Sussex: Routledge, 2008.

Dryden, W., DiGiuseppe, R., & Neenan, M. *A primer on rational emotive behavioral therapy, Second edition*. Champaign, IL: Research Press, 2003.

Dryden, W., DiGiuseppe, R., & Neenan, M. *A primer on rational emotive behavioral therapy, Third edition*. Champaign, IL: Research Press, 2010.

Dryden, W., Ferguson, J., & McTeague, S. Beliefs and inferences: A test of a rational-emotive hypothesis. 2: On the prospect of seeing a spider. *Psychological Reports, 64,* 1989.

Duckworth, M. P. Assertiveness skills and the management of related factors. In W. T. O'Donohue, & J. E. Fisher (Eds.). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley, 2009.

D'Zurilla, T., & Goldfried, M. R. Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 1971.

Edwards, R. R., Haythornthwaite, J. A., Smith, M. T., Klick, B., & Katz, J. N. Catastrophizing and depressive symptoms as prospective predictors of outcomes following total knee replacement. *Pain Research & Management, 14* (4), 2009.

Efran, J., Lukens, M., & Lukens, R. *Language, structure, and change: Frameworks of meaning in psychotherapy*. New York: Norton, 1990.

Eisenberger, R. Learned industriousness. *Psychological Review, 99*, 1992.

Ellis, A. *Youth against the world: A novel*. Unpublished manuscript, 1933.

Ellis, A. New approaches to psychotherapy techniques. *Journal of Clinical Psychology, 11*, 1955.

Ellis, A. Rational psychotherapy and individual psychology. *Journal of Individual Psychology, 13*, 1957a.

Ellis, A. Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 13*, 1957b.

Ellis, A. Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology, 59*, 1958.

Ellis, A. *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart, 1962.

Ellis, A. *Growth through reason*. North Hollywood, CA: Wilshire Books, 1971.

Ellis, A. *How to stubbornly refuse to be ashamed of anything (cassette recording)*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1973б.

Ellis, A. The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology, 32*, 1976a.

Ellis, A. Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct. *Rational Living, 14*, 1979a. Also in A. Ellis & W. Dryden (Eds.), *The Essential Albert Ellis*. New York: Springer Publishing, 1990.

Ellis, A. *The intelligent woman's guide to dating and mating*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart, 1979б.

Ellis, A. Rational-emotive therapy. In R. J. Corsini (ed.), *Current psychotherapies, 2nd ed*. Itasca, IL: Peacock, 1979b.

Ellis, A. The impossibility of achieving consistently good mental health. *American Psychologist, 42*, 1987a.

Ellis, A. The philosophical basis of rational-emotive therapy (RET). *Psychotherapy in Private Practice, 8* (4), 1991.

Ellis, A. Alfred Korzybski memorial lecture 1991: General Semantics and Rational-Emotive Therapy. *General Semantics Bulletin, 56,* 1992.

Ellis, A. The Rational-Emotive Therapy (RET) approach to marriage and family therapy. *The Family Journal, 1* (4), 1993.

Ellis, A. *Reason and emotional in psychotherapy: A comprehensive method of treating human disturbance*. Revised and updated. New York: Birch Lane Press, 1994.

Ellis, A. *Better, deeper, and more enduring brief therapy: The rational emotive behavior therapy approach*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel, 1996.

Ellis, A. *Feeling better, getting better, staying better: Profound self-help therapy for your emotions*. Atascadero, CA: Impact Publishers, 2001.

Ellis, A. *Overcoming resistance: Rational-emotive therapy with difficult patients, 2nd edition*. New York: Springer Publishing, 2002.

Ellis, A. *Overcoming Resistance*. New York: Springer Publishing Company, LLC, 2002.

Ellis, A. Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct (Part I). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy, 21* (3–4), 2003a.

Ellis, A. Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct (Part II). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy, 21* (3–4), 2003b.

Ellis, A. *The myth of self-esteem: How rational emotive behavior therapy can change your life forever*. Amherst, NY: Prometheus Books, 2003c.

Ellis, A., & Abrahms, E. *Brief psychotherapy in medical and health practice*. New York: Springer Publishing, 1978.

Ellis, A., & Bernard, M. What is rational-emotive therapy (RET)? In A. Ellis & R. M. Grieger (eds.), *Handbook of rational-emotive therapy* (Vol. 2). New York: Springer Publishing, 1986.

Ellis, A., & DiGiuseppe, R. Are inappropriate or dysfunctional feelings in rational-emotive therapy qualitative or quantitative? *Cognitive Therapy and Research, 17* (5), 1993.

Ellis, A., & Harper, R. *A new guide to rational living*. Englewood Cliff s, NJ Prentice-Hall, 1967/1975.

Ellis, A., & Knaus, W. *Overcoming procrastination*. New York: Institute for Rational Living, 1977.

Ellis, A., McInerney, J. F., DiGiuseppe, R., Yeager, R. J., & Mahadevan, K. A rational-emotive theory of addictions: Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 4* (4), 1990.

Ellis, A., & Tafrate, R. C. *Control your anger before it controls you*. New York: Kensington Books, 1997.

Eysenck, H. J. The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology 16* (5), 1952.

Fadyl, J., & McPherson, K. Return to work after injury: A review of evidence regarding expectations and injury perceptions, and their influence on outcome. *Journal of Occupational Rehabilitation, 18* (4), 2008.

Fay, A. *Making things better by making them worse*. New York: Hayworth Press, 1978.

Ferguson, Kyle E., & Sgambati, R. E. Relaxation. In O'Donohue, W. T. (Ed.), & Fisher, J. E. (Ed.) *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2009.

Finn, T., DiGiuseppe, R., & Culver, C. The effectiveness of rational-emotive therapy in the reduction of muscle contraction headaches. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 5* (2), 1991.

Fodor, I. G. Moving beyond cognitive-behavior therapy: Integrating Gestalt therapy to facilitate personal and interpersonal awareness. In N. S. Jacobson (Ed.) *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*. New York: The Guilford Press, 1987.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. Coping and emotion. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (3rd ed.). New York: Columbia University Press, 1991.

Frank, J., & Frank, J. B. *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1991.

Freeman, A., & Davis, D. D. Cognitive therapy of depression. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy* (2nd ed.). New York: Plenum Press, 1990.

Frijda, N. H. *The emotions: Studies in emotion and social interaction*. New York: Press Syndicate of the University of Cambridge, 1986.

Gambrill, E. What critical thinking offers to clinicians and clients. *Behavior Therapist, 16*, 1993.

Goldfried, M. R., Davison, G. C., & Wachtel, P. L. Clinical behavior therapy (exp. ed.). *Wiley series in clinical psychology and personality*. Oxford, England: John Wiley & Sons, 1994.

Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. A re-analysis of agoraphobia. *Behavior Therapy, 9*, 1978.

Hamilton, M. A., Hunter, J. E., & Burgoon, M. An empirical test of an axiomatic model of the relationship between language intensity and persuasion *Journal of Language and Social Psychology, 9* (4), 1990.

Harmon-Jones, E. (Ed), Mills, J. (Ed). *Cognitive dissonance: Progress on a pivotal theory in social psychology. Science conference series*. Washington, DC: American Psychological Association, 1999.

Harrington, N. The Frustration Discomfort Scale: Development and Psychometric Properties *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 2005a.

Harrington, N. Dimensions of frustration intolerance and their relationship to self-control problems. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 23* (1), 2005б.

Harrington, N. Frustration intolerance beliefs: Their relationship with depression, anxiety, and anger, in a clinical population. Cognitive Therapy and Research, 30, 2006.

Harrington, N. Frustration and discomfort intolerance: Introduction to the special issue. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 29*, 2011a.

Harrington, N. Frustration Intolerance: Therapy issues and strategies. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 29*, 2011б.

Hauck, P. Religion and RET: Friends or foes? In A. Ellis & M. Bernard (eds.), *Clinical applications of rational-emotive therapy*. New York: Plenum, 1985.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guildford Press, 1999.

Hayes S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 2011.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 64* (6), 1996.

Hazlett-Stevens, H. & Craske, M. G. Live (in vivo) exposure. In W. T. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley, 2009.

Head, L. S., Gross, A. M. In W. T. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley, 2009.

Hollon, S. D., & DiGiuseppe, R. Cognitive psychotherapies. In J. C. Norcross, & G. VandenBos (Eds.) *History of psychotherapy: Continuity and change* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association, 2010.

Huber, C. & Baruth, L. *Rational-emotive family therapy*. New York: Springer Publishing, 1989.

Huber, C. H. *Rational-emotive family therapy*. In J. Yankura, W. Dryden, J. Yankura, W. Dryden (Eds.). Special applications of REPT: A therapist's casebook. New York, NY: Springer Publishing Co., 1997.

Hurley, M., Dennett, D., & Adams, R. *Inside jokes: Using humor to reverse-engineer the mind*. Cambridge, MA: MIT Press, 2011.

Jacobs, N. N. Bibliotherapy utilizing CBT. In W. T. O'Donohue. & J. E. Fisher, & E. Jane (Eds.) *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2009.

Johnson, S. The congruence of the philosophy of rational emotive behavior therapy within the philosophy of mainstream Christianity. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies, 6* (1), 2006.

Johnson, W. *People in quandaries*. New York: Harper & Bros., 1946.

Johnson, W. B., DiGiuseppe, R., & Ulven, J. Albert Ellis as mentor: National survey results. Psychotherapy: *Theory, Research, Practice, Training, 36* (3), 1999.

Kazantzis, N., Deane, F. P., Ronan, K. R., L'Abate, L. (Eds.). *Using homework assignments in cognitive behavior therapy*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group, 2005.

Kazantzis, N., Whittington, C., & Datillio, F. Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: A replication and extension. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17* (2), 2010.

Kimmel, J. The rational barb in the treatment of social rejection. *Rational Living, 11,* 1976.

Kohlberg, L. Moral stages and moralization: The cognitive developmental approach. In T. Leckona (ed.), *Moral development and behavior: Theory, research, and social issues*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1976.

Kopec, A. M., Beal, D., & DiGiuseppe, R. Training in RET: Disputational strategies. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 12* (1), 1994.

Korzybski, A. *Science and sanity: An introduction to non Aristotelian systems and general semantics*. Lakeville, CT: The International Non-Aristotelian Library Publishing Co. (now part of the I. G. S., Englewood, NJ). (4th edition), 1958.

Kuhn, T. H. *The essential tension*. Chicago: University of Chicago Press, 1977.

Lageman, A. Socrates and psychotherapy. *Journal of Religion and Health, 28*, 1989.

Laird, R. & Metalsky, G. Attribution Change pp. In W. T. O'Donohue, & J. E. Fisher (Eds.). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ John Wiley, 2009.

Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 3* (4), 1996.

Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E., & Kaszniak, A. W. Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biological Psychiatry, 42* (9), 1997.

Lazarus, A. A. *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill, 1972.

Lazarus, A. A. Multimodal behavior therapy. In W. T. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2009.

Lazarus, R. S. *Emotion and adaptation*. London: Oxford University Press, 1991.

LeDoux, J. E. Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience, 23*, 2000.

Levis, D. J. The prolonged CS exposure techniques of implosive (flooding) therapy. In W. T. O'Donohue, & J. E. Fisher, J. E. (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley, 2009.

Linton, S. J., Nicholas, M. K., MacDonald, S., Boersma, K., Bergbom, S., Maher, C., & Refshauge, K. The role of depression and catastrophizing in musculoskeletal pain. *European Journal of Pain, 15* (4), 2011.

Livneh, H., & Cook, D. Psychosocial impact of disability. In R. M. Parker, E. Szymanski, & J. Patterson (Eds.), *Rehabilitation counseling: Basics and beyond* (4th ed.). Austin, TX: PRO-ED, 2005.

Livneh, H., Martz, E., & Bodner, T. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a preliminary study of its factorial structure. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 13* (3), 2006.

Lu, Q., & Stanton, A. L. How benefits of expressive writing vary as a function of writing instructions, ethnicity and ambivalence over emotional expression. *Psychology and Health, 25* (6), 2010.

Macaskill, N. D. Improving clinical outcomes in REPT/CBT: The therapeutic uses of tape-recording. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy, 14* (3), 1996.

Mahoney, M. Personal science: A cognitive learning therapy. In A. Ellis & R. Grieger (eds.), *A handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer Publishing, 1977.

Mahoney, M. *Human change processes*. New York: Basic Books, 1991.

Mahoney, M. J. *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger, 1974.

Mahoney, M. J. *Self-change: Strategies for solving personal problems*. Oxford, England: W. W. Norton, 1979.

Mahoney, M. J., & Lyddon, W. J. Recent developments in cognitive approaches to counseling and psychotherapy. *Counseling Psychologist, 16* (2), 1988.

Marks, J., Boulougouris, J., & Marset, P. Flooding vs. desensitization in the treatment of phobic patients. *British Journal of Psychiatry, 119*, 1971.

Marzillier, J. *The Gossamer thread: My life as a psychotherapist*. London: Karnac Book Publishers, 2010.

Maultsby, M. *Help yourself to happiness*. New York: Institute for Rational Living, 1975.

Maultsby, M., & Ellis, E. *Techniques for using rational-emotive imagery*. New York: Institute for Rational Living, 1974.

Meichenbaum, D. *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum, 1977.

Meichenbaum, D. *Stress inoculation training*. New York: Pergamon, 1985.

Meichenbaum, D. Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 1993.

Meichenbaum, D. Stress inoculation training. In W. T. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley, 2009.

Meichenbaum, D., & Cameron, R. The clinical potential of modifying what clients say to themselves. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 11* (2), 1974.

Metcalfe, C., Winter, D., & Viney, L. The effectiveness of personal construct psychotherapy in clinical practice: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research, 17* (4), 2007.

Miller, N. E., Mowrer, O. H., Doob, L. W., Dollard, J., & Sears, R. R. Frustration-aggression hypothesis. In C. L. Stacey, M. DeMartino (Eds.), *Understanding human motivation*. Cleveland, OH: Howard Allen Publishers, 1958.

Morgan, A. J., & Jorm, A. F. Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: A systematic review. *Annals of General Psychiatry, 7,* 2008.

Moriarty, D. L. *Effects of disputation strategies in Rational Emotive Behavior Therapy (REPT) on the treatment of depression* (unpublished doctoral dissertation). Hofstra University, New York, 2002.

Muran, C., & DiGiuseppe, R. A. Towards a cognitive formulation of metaphor use in psychotherapy. *Clinical Psychology Review, 10,* 1990.

Muran, E. M., & DiGiuseppe, R. A. Rape. In F. M. Dattilio & A. Freeman (Eds.), *Cognitive behavioral strategies in crisis intervention*. New York: Guildford Press, 1994.

Neimeyer, R. A. Constructivist psychotherapy. In K. T. Kuehlwein & H. Rosen (Eds.). *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1993.

Nezu, A. M., Maguth-Nezu, C., & McMurran, M. Problem-solving therapy. In W. T. O'Donohue, & J. E. Fisher (Eds.). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley, 2009.

Nezu, A. M., Nezu, C., & D'Zurilla, T. J. Problem-solving therapy. In N. Kazantzis, M. A. Reinecke & A. Freeman (Eds.). *Cognitive and behavioral theories in clinical practice*. New York: The Guildford Press, 2010.

Nielsen, S. L, Johnson, W. B., & Ellis, A. *Counseling and psychotherapy with religious persons: A rational emotive behavior therapy approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2011.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48 (1), 2011.

O'Donohue, W. T., & Fisher, J. E. (Eds.). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2009.

O'Leary, D., & Borkovec, T. Conceptual, methodological, and ethical problems of placebo groups in psychotherapy research. *American Psychologist*, 33, 1978.

Ortony A. Why metaphors are necessary and not just nice. *Educational Theory, 25*, 1975.

Overholser, J. C. The elements of the Socratic method: I. Systematic questioning. *Psychotherapy, 30* (1), 1993a.

Overholser, J. C. The elements of the Socratic method: II. Inductive reasoning *Psychotherapy, 30* (1), 1993б.

Overholser, J. C. The elements of the Socratic method: III. Universal definitions. *Psychotherapy, 31* (2), 1994.

Overholser, J. C. The elements of the Socratic method: IV. Disavowal of knowledge. *Psychotherapy, 33* (1), 1995.

Overholser, J. C. Elements of the Socratic method: v. Self-improvement. *Psychotherapy, 32* (2), 1996.

Overholser, J. C. Elements of the Socratic method: VI. Promoting virtue in everyday life. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 36* (2), 1999.

Overholser, J. C. Psychotherapy according to the Socratic method: Integrating ancient philosophy with contemporary cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 24* (4), 2010.

Paivio, A. *Mental representations: A dual coding approach*. New York: Oxford University Press, 1986.

Parrish, C. L., Radomsky, A. S., & Dugas, M. J. Anxiety—control strategies: Is there room for neutralization in successful exposure treatment? *Clinical Psychology Review, 28* (8), 2008.

Pennebaker, James W. Opening up: *The healing power of expressing emotion*. NY: Guilford Press, 1997.

Pennebaker, J. L. Writing and Health: Some Practical Advice. URL http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/Faculty/Pennebaker/Home2000/WritingandHealth.html, 2011.

Pennebaker, J. W. *Writing to heal: A guided journal for recovering from trauma and emotional upheaval*. Oakland, CA: New Harbinger Press, 2004.

Piaget, J. *The construction of reality in the child*. New York: Basic Books, 1954.

Power, M. J., & Dalgleish, T. *Cognition and emotion: From order to disorder, 2nd Edition*. Hove: Psychology Press, 2008.

Prochaska, J. O. The heart and soul of change: What works in therapy. The heart and soul of change: What works in therapy. In Hubble, M. A. (Ed); Duncan, B. L. (Ed); Miller, S. D. (Ed). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association, 1999.

Protinsky, H., & Popp, R. Irrational philosophies in popular music. *Cognitive Therapy and Research, 2,* 1978.

Rachman, S., Marks, I. M., & Hodgson, R. The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modeling and flooding in vivo. *Behavior Research and Therapy, 11*, 1973.

Raimy, V. *Misunderstandings of the self: Cognitive psychotherapy and the isconception hypothesis*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1975.

Reynolds, R. E., & Schwartz, R. M. Relation of metaphoric processing to comprehension and memory. *Journal of Educational Psychology, 75,* 1983.

Robb, H., Backx, W., & Thomas, J. The use of cognitive, emotive and behavioral interventions in Rational Emotive Behavior Therapy when clients lack “emotional” insight. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy, 17* (3), 1999.

Rodriguez, B. I., & Craske, M. G. The effects of distraction during exposure tophobic stimuli. *Behaviour Research and Therapy, 31* (6), 1993.

Rogers, C. *Client-centered therapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin, 1951.

Rorer, L. Dealing with the intellectual-insight problem in cognitive and rational emotive behavior therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 17* (4), 1999.

Rorer, L. G. Rational-emotive theory: II. Explication and evaluation. *Cognitive Therapy and Research, 13* (6), 1989.

Rosenthal, H. G., (Ed). *Favorite counseling and therapy techniques* (2nd ed.). New York: Routledge/Taylor & Francis Group, 2011.

Rusting, C. L., & Nolen-Hoeksema, S. Regulating responses to anger: Effects of rumination and distraction on angry mood. *Journal of Personality and Social Psychology, 74* (3), 1998.

Ruth, W. J., & DiGiuseppe, R. Setting and response generalization in rational-emotive therapy: A case study. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 7* (4), 1989.

Scherer, C R., & Sagarin, B. J. Indecent influence: The positive effects of obscenity on persuasion. *Social Influence, 1* (2), 2006.

Schwartz, R. M., & Gottman, J. M. Towards a task analysis of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44*, 1976.

Segrin, C. Social skills training. In W. T. O’Donohue & J. E. Fisher (Eds.). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* Hoboken, NJ: John Wiley, 2009.

Seligman, M. E. Comment and integration. *Journal of Abnormal Psychology, 87* (1), 1978.

Seligman, M. E. P. *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: W. H. Freeman, 1975.

Seligman, M. E. P., & Maier, S. F. Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology, 74*, 1967.

Shepherd, L., Salkovskis, P. M., & Morris, M. Recording therapy sessions: An evaluation of patient and therapist reported behaviours, attitudes and preferences. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37* (2), 2009.

Silverglade, L., Tosi, D., Wise, P. S., & D'Costa, A. Irrational beliefs and emotionality in adolescents with and without bronchial asthma. *Journal of General Psychology, 121* (3), 1994.

Singer, J. L. *Imagery in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association, 2006.

Smith, D. Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist, 37,* 1982.

Smith, C. A., & Lazarus, R. S. Appraisal components, core relational themes, and the emotions. In W. Parrott (Ed.), *Emotions in social psychology: Essential readings*. New York, NY: Psychology Press, 2001.

Spivack, G., Platt, J., & Shure, M. *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1976.

Stanković, S., & Vukosavljevi ć – Gvozden, T. The relationship of a measure of frustration intolerance with emotional dysfunction in a student sample. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy, 29* (1), 2011.

Steel, P. The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin, 133* (1), 2007.

Sternberg, R. The dialectic as a tool for teaching psychology. *Teaching of Psychology*, 25, 1998.

Stinson, J., Yamada, J. Dickson, A., Lamba, J., & Stevens, B. Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. *Pain Research & Management, 13* (1), 2008.

Stott, R., Mansell, W., Salkovskis, P., Lavender, A., & Cartwright-Hatton, A. *Oxford guide to metaphors in CBT: Building cognitive bridges*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2010.

Sutton-Smith, B. In search of the imagination. In K. Egan and D. Nadaner (Eds.), *Imagination and Education*. New York: Teachers College Press, 1988.

Szentagotai, A., Schnur, J., DiGiuseppe, R., Macavei, B., Kallay, E., & David, D. The organization and the nature of irrational beliefs: Schemas or appraisal? *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 5* (2), 2005.

Tafrate, R., & Kassinove, H. Anger control in men: Barb exposure with rational, irrational, and irrelevant self-statements. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 12* (3), 1998.

Tice, D. M., Baumeister, R. F., Shmueli, D., & Muraven, M. Restoring the self: Positive affect helps improve self-regulation following ego depletion. *Journal of Experimental Social Psychology, 43* (3), 2007.

Tosi, Donald J., & Murphy, M. A. Cognitive hypnotherapy in psychosomatic illness: A cognitive experiential perspective. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 8* (4), Special issue: Hypnotherapy, 1994.

Tosi, D. J., Judah, S. M., & Murphy, M. A. The effects of a cognitive experiential therapy utilizing hypnosis, cognitive restructuring, and developmental staging on psychological factors associated with duodenal ulcer disease: A multivariate experimental study. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 3* (4), 1989.

Tosi, D. J., & Reardon, J. The treatment of guilt through rational stage-directed therapy. *Rational Living, 11*, 1976.

Trexler, L. D. Frustration is a fact, not a feeling. *Rational Living, 11*, 1976.

Turner, P. R., Valtierra, M., Talken, T. R., Miller, V. I., & DeAnda, J. Effect of session length on treatment outcome for college students in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology, 43* (2), 1996.

Twain, M. *What is man? and other essays*. Freeport, NY: Books for Libraries Press, 1971/1972.

Walen, S., DiGiuseppe, R., & Dryden, W. *The practitioner's guide to rational emotive therapy, 2nd edition*. New York: Oxford University Press, 1992.

Wampold, B. E. Psychotherapy: The humanistic (and effective). *American Psychologists, 62* (8), 2007.

Wegner, D. M., & Smart, L. Deep cognitive activation: A new approach to the unconscious. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65* (6), 1997.

Weiner, B. A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology, 71*, 1979.

Weiner, B. 'Spontaneous' causal thinking. *Psychological Bulletin, 97*, 1985.

Wolfe, J. L. *REPT Resource Book for Practitioners (2nd Edition)*. New York: Albert Ellis Institute, 2000.

Wolfe, J. L., & Bernard, M. E. *The REPT resource book for practitioners*. New York: Albert Ellis Institute, 2000.

Wolff, R. P. Evaluation of effectiveness of individual therapy sessions over 60 minutes. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 65* (12-B), 2005.

Wolpe, J. The prognosis in unpsychoanalysed recovery from neurosis. *American Journal of Psychiatry, 118*, 1961.

Wolpe, J. *The practice of behavior therapy*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 1990.

Yerkes, R. M. & Dodson, J. D. The relation of strength of stimulus to rapidity of habit formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology, 18*, 1908.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press, 2003.

Zaza, C., & Baine, N. Cancer pain and psychosocial factors: A critical review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management, 24* (5), 2002.

Zimmerman, M., & Mattia, J. I. A self-report scale to help make psychiatric diagnoses: The psychiatric diagnostic screening questionnaire. *Archives of General Psychiatry, 58*, 2001.

Zimmerman, M., & Matia, J. I. The psychiatric diagnostic screening questionnaire: development, reliability, and validity. *Comprehensive Psychiatry, 42* (3), 2001.

Zoellner, L. A., Abramowitz, J. S., Moore, S. A., & Slagle, D. M. Flooding. In W. T. O'Donohue, & J. E. Fisher, (Ed.). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley, 2009.

1

В реальной жизни. – *Примеч. пер*.

2

Келли Дж. Психология личности. Теория личных конструктов. – СПб.: Речь, 2000.

3

Боулби Дж. Привязанность. – М.: Гардарики, 2003.

4

Эллис А. Гуманистическая психотерапия. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.

5

Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. – СПб.: Речь, 2002.

6

Эллис А., Макларен К. Рационально-эмоциональная поведенческая терапия. – РнД.: Феникс, 2008.

7

Эпиктет. Энхиридион (Краткое руководство к нравственной жизни); Симпликий. Комментарий на «Энхиридион» Эпиктета. – СПб.: Владимир Даль, 2012.

8

Психологическая энциклопедия / Под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. – СПб.: Питер, 2006.

9

Келли Дж. Психология личности. Теория личных конструктов. – СПб.: Речь, 2000.

10

Поппер К. Предположения и опровержения: рост научного знания. – М.: АСТ, 2004.

11

В значении «являться». В русском языке, в отличие от ряда европейских языков, этот глагол-связка часто выпускается из предложения в настоящем времени или заменяется на тире. – *Примеч. пер*.

12

Самюэл И. Хаякава. Язык в действии: руководство к ясному мышлению, чтению и письму. – *Примеч. пер*.

13

Эллис А., Макларен К. Рационально-эмоциональная поведенческая терапия. – РнД.: Феникс, 2008.

14

Дарвин Ч. О выражении эмоций у человека и животных. – СПб.: Питер, 2001.

15

Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. – СПб.: Речь, 2002.

16

Эллис А., Макларен К. Рационально-эмоциональная поведенческая терапия. – РнД.: Феникс, 2008. 62

17

Кун Т. Структура научных революций. – М.: АСТ, 2015.

18

Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. – СПб.: Речь, 2002.

19

Эллис А., Макларен К. Рационально-эмоциональная поведенческая терапия. – РнД.: Феникс, 2008.

20

Бек А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб.: Питер, 2019.

21

Бек Дж. Когнитивно-поведенческая психотерапия. От основ к направлениям. – СПб.: Питер, 2019.

22

Хайес С., Смит С. Перезагрузи мозг. Решение внутренних конфликтов. – М.: ЭКСМО, 2014.

23

Линехан М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. – М.: Вильямс, 2008.

24

Фрейд З. Введение в психоанализ. – М.: АСТ, 2014.

25

Линехан М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. – М.: Вильямс, 2008.

26

Дарвин Ч. О выражении эмоций у человека и животных. – СПб.: Питер, 2001.

27

Стайрон У. Самоубийственная гонка. Зримая тьма. – М.: АСТ, 2013.

28

Бернс Д. Терапия настроения. Клинически доказанный способ победить депрессию. – М.: Альпина Паблишер, 2019.

29

Выготский Л. Мышление и речь. – СПб.: Питер, 2017.

30

Лурия А. Речь и развитие психических процессов у ребенка. – М.: Акад. пед. наук РСФСР, 1956.

31

Поппер К. Логика научного исследования. – М.: Республика, 2005.

32

Бек А. Когнитивная психотерапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003.

33

Кун Т. Структура научных революций. – М.: АСТ, 2015.

34

Фрейд З., Брейер Й. Исследования истерии. – СПб.: ВЕИП, 2005.

35

Ялом И., Лесц М. Групповая психотерапия. Теория и практика. – СПб.: Питер, 2009.

36

Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория неврозов. – СПб.: Питер, 2019.

37

Слова Иисуса Христа, произнесенные перед толпой, собиравшейся побить камнями блудницу. – *Примеч. пер*.

38

Например: *Пил Н*. Сила позитивного мышления. – М.: АСТ, 2019.

39

Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. – М.: София, 2001.

40

Речь об эксперименте американского психолога Гарри Харлоу, вырастившего поколение обезьянок с помощью сделанных из проволоки «суррогатных матерей». Самки впоследствии оказались не способны к проявлению материнского инстинкта, а некоторые из них убили своих детенышей. – *Примеч. пер*.

41

Бернс Д. Терапия настроения. Клинически доказанный способ победить депрессию. – М.: Альпина Паблишер, 2019.

42

Например: *Годэн Ж*. Новый гипноз: глоссарий, принципы и метод. Введение в эриксоновскую гипнотерапию. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2003. – *Примеч. пер*.

43

Линехан М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. – М.: Вильямс, 2008.

44

Вероятность желаемого поведения повышается поощрением менее желательного поведения. Принцип известен также как принцип «сначала-потом». – *Примеч. пер*.

45

Спиноза Б. Этика. – М.: Азбука-Аттикус, 2012.

46

Линехан М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. – М.: Вильямс, 2008.

47

Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса. – М.: ЭКСМО, 2018.

48

Линехан М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. – М.: Вильямс, 2008.

49

Эллис А. Гуманистическая психотерапия. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.

50

Линехан М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. – М.: Вильямс, 2008.

51

Сартр Ж-П. Экзистенциализм. – М.: Издательство политической литературы, 2004.

52

Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990.

53

Ялом И., Лесц М. Групповая психотерапия. Теория и практика. – СПб.: Питер, 2009.

54

Келли Дж. Психология личности. Теория личных конструктов. – СПб.: Речь, 2000.

55

Аббревиатуры в поведенческой терапии тоже несут определенную смысловую нагрузку. Так, методика ACCEPTS для обучения навыкам отвлечения внимания означает «принятие», DESC – «настольное руководство» и т. д. – *Примеч. пер*.

56

Альберти Р. Е., Эммонс М. Л. Твое абсолютное право. Ассертивность и равенство в вашей жизни и отношениях. – СПб.: Будущее Земли, 2009. *Альберти Р. Е., Эммонс М. Л*. Умейте постоять за себя. – М.: Треугольник, 2004.

57

«Имеется в виду употребительная фраза для выражения оптимистического отношения к происходящим несчастьям: «Если жизнь подсовывает тебе лимоны, сделай из них лимонад». – *Примеч. пер*.